

ANALISIS DEL GASTO SANITARIO
EN NICARAGUA
1986-1990

**TRABAJO DE TESIS PARA OPTAR AL
TITULO DE:**

1. MAESTRO EN SALUD PUBLICA:

- DRA JANETH VASQUEZ SANDOVAL
- DRA ARACELLY PEREZ ORDONEZ

2. LICENCIADA EN ADMINISTRACION DE EMPRESAS:

- ETHEL BROOKS

3. LICENCIADA EN ECONOMIA:

- MARITZA CACERES

TUTORA:

- DRA NILHDA VILLACRES
PROFESOR-INVESTIGADOR C.I.E.S.
MPH EN ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD

ASESORA:

- DRA MARISOL RODRIGUEZ
PH EN ECONOMIA DE LA SALUD
UNIVERSIDAD DE BARCELONA.ESPAÑA

INSTITUCIONES AUSPICIADORAS:

AGENCIA ESPAÑOLA DE COOPERACION INTERNACIONAL

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD-UNAN MANAGUA

INDICE

I. INTRODUCCION.

II. ANTECEDENTES, JUSTIFICACION E IMPORTANCIA

III. OBJETIVOS

3.1 GENERAL

3.2 ESPECIFICOS

IV. MARCO TEORICO

4.1. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL NIVEL DE SALUD

4.2. VARIABLES QUE AFECTAN EL GASTO SANITARIO.

4.3. SITUACION ECONOMICA Y SANITARIA EN NICARAGUA. PERIODO 1896-1990.

4.3.1. Aspectos Macroeconómicos y Sociales en el Período de Estudio.

4.3.2. Características Demográficas.

4.3.3 Situación de Salud.

4.3.4 El Sistema de Salud en Nicaragua.

4.3.5. Instituciones con Acciones Relacionadas con Salud.

V. HIPOTESIS

VI. METODOLOGIA

6.1. FUENTES DE INFORMACION.

6.2. ORDENAMIENTO DE LOS DATOS.

VII. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

7.1. CONSIDERACIONES GENERALES.

7.2. ANALISIS LAS INSTITUCIONES FINANCIADORAS.

7.3. ANALISIS DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS.

7.4. ANALISIS DEL IMPACTO SOCIOECONOMICO DEL GASTO
SANITARIO.

VII. CONCLUSIONES.

IX. RECOMENDACIONES.

X. BIBLIOGRAFIA.

XI. ANEXOS.

I. INTRODUCCION

El reconocimiento de la salud como un derecho y la necesidad de ampliar la cobertura de los servicios sanitarios a toda la población han significado un aumento importante de la presión sobre los recursos económicos del país; sobre todo en esta época caracterizada por una agudización de la crisis económica, no sólo en Nicaragua, sino a nivel mundial.

En estas circunstancias la necesidad de conseguir información que nos permita tener una visión de conjunto del gasto sanitario es una prioridad fundamental, sobre todo, con miras a evaluar la eficiencia, efectividad y equidad del uso de los recursos dedicados a salud.

El estudio ejecutado es importante porque se trata de la primera vez que se intenta una aproximación comprensiva y pormenorizada al conocimiento del gasto sanitario del país.

Esta información es importante, no sólo para uso del sector salud, sino también para el resto de sectores y, en especial, para valorar su efecto en la economía del país.

El propósito general del presente estudio fue, por tanto, proporcionar una base empírica sólida que informe sobre el comportamiento y la evolución del gasto sanitario, que permita reconocer la importancia del conocimiento y seguimiento del mismo, para la toma de decisiones sobre aspectos de políticas sanitarias fundamentales, como: definición de objetivos, formas de financiación, búsqueda de nuevas fuentes y diseños de intervenciones que mejoren la eficiencia, eficacia y equidad en la provisión de servicios de salud en los próximos años.

Análisis del Gasto Sanitario

La pregunta más importante giró alrededor de:

Cuál ha sido el gasto sanitario referido a las instituciones públicas y privadas en Nicaragua considerando su estructura, fuentes de financiamiento y su impacto en la economía nacional, durante el período 1986 - 1990?

La casi no existencia de estudios en el país, que aporten al conocimiento sobre el gasto sanitario y siendo las estadísticas sobre éste, imprescindibles para justificar económicamente la asignación de nuevos recursos a determinados servicios o territorios; hace necesaria la precisión de las actividades que más recursos absorben sobre todo como criterios de racionalidad económica y equidad social en materia de salud.

Se advierte que el trabajo no incluye la totalidad del gasto en salud. En el período escogido se analizó el gasto en salud efectuado por el sector público: Ministerio de Salud, INSSBI, INIFOM, MINGOB, INAA, COOPERACION EXTERNA, EPS, ALCALDIA DE MANAGUA Y en el sector privado: Instituciones Privadas sin fines de lucro como la Cruz Roja, CEPAD y una estimación del gasto familiar en salud.

Se considera que, si bien un porcentaje pequeño queda fuera de este análisis, el volumen del gasto que aportan las instituciones estudiadas, es absolutamente representativo de la orientación que tiene el uso de los recursos, tanto desde una perspectiva cuantitativa como cualitativa.

Cualitativamente, la relación entre el gasto en salud y las variables macroeconómicas por un lado, y las orientaciones del gasto por parte de las instituciones estudiadas por el otro, definen estratégicamente cual es la importancia asignada al sector y cuales son las prioridades de salud en el país. En este sentido, más que los volúmenes absolutos del gasto en salud lo relevante es establecer las relaciones proporcionales en dos ámbitos de análisis:

Análisis del Gasto Sanitario

- a) Las proporciones del gasto en salud respecto a los principales indicadores macroeconómicos, sociales y de Salud.
- b) Las proporciones al interior del gasto entre niveles de atención, regiones, tipo de servicio y rubros presupuestarios.

Cómo mejorar la salud de la población con los recursos disponibles en nuestra sociedad?, será que gastando en los factores que inciden directamente en salud, o estos de alguna forma restringen el cumplimiento de otros objetivos económicos y sociales o viceversa?, por estos interrogantes, es importante discutir y analizar el gasto sanitario y sus características sobre todo en la definición de la proporción que salud tendrá del PIB de cada país.

Otro elemento de análisis es cuál es la forma de distribución de los presupuestos sanitarios y en que actividades se gasta, con la condición de que apunten al mejoramiento de la salud: calidad de agua, letrificación, prevención de accidentes, etc.

Tanto las autoridades de salud como las económicas tienen una tarea importante en estas decisiones, no sólo por el compromiso social de los gobiernos con sus poblaciones sino también porque el mejoramiento de la mortalidad y morbilidad juega un papel importante como destensionador de contradicciones sociales tan evidentes en el contexto Latinoamericano.

Por otro lado ya en el campo específicamente sanitario, el análisis de los rubros económicos en los que se gasta y su relación con los servicios, nos muestra la coherencia con las prioridades y definiciones políticas.

Análisis del Gasto Sanitario

II. ANTECEDENTES, JUSTIFICACION E IMPORTANCIA

Los estudios de caracterización del gasto sanitario tiene algunos años de experiencia y tradición sobre todo en Europa. En América se han hecho algunos estudios basados en estimaciones. Se estima que la proporción del Producto Interno Bruto que el gasto sanitario representa es entre el 5.8% y el 6% cifra sobre la que no existe absoluta certeza por las limitaciones sobre las que se sustenta (1).

Desde el punto de vista cuantitativo, los estudios más serios muestran que la principal fuente de financiamiento en salud en ese período procedía del sector público, al interior de éste, el gasto del MINSA fue altamente mayoritario (2).

El interés en conocer el gasto sanitario y sus características es también establecer las posibles relaciones entre gasto sanitario y salud, a pesar de que no existen relaciones directas debido a la multicausalidad de las determinaciones de salud/enfermedad.

En estudios de otros países no han habido una correlación positiva entre indicadores de salud tradicionales, los cuales sólo han mostrado mejorías débiles, si se compara con los incrementos notables del gasto en salud en los últimos años, ejemplo Francia, Alemania y Estados Unidos que gastan el doble per cápita que el Reino Unido tienen peores indicadores de mortalidad (3).

El progresivo incremento de los recursos financieros asignados a sanidad, ha provocado que los gobiernos cuestionen el por qué de dichos incrementos a partir de la baja disponibilidad de recursos en todos los países, siendo un problema más agudo en los países subdesarrollados.

La escasez y contradictoria información en cuanto a gasto sanitario ha sido uno de los obstáculos con el que se han encontrado los diferentes estudios de este tipo realizados a nivel internacional.

Análisis del Gasto Sanitario

Uno de los estudios pioneros sobre gastos de sanidad fue hecho en un período de diez años por Brian Abel Smith, profesor de Administración de Servicios Sociales en Londres, el cual fue publicado en 1969 con el título de Estudios Internacionales de los Gastos Sanitarios. En dicho estudio se agrupó información del año 1961 de treinta y dos países de los diferentes continentes. A nivel Centro Americano el único país que participó fue Costa Rica.

Brian Abel Smith examina de la repercusión de los servicios de salud en la economía de un país. Realizó comparaciones del gasto en servicios de salud (gastos corrientes y de capital) con índices del Producto Interno Bruto y la Renta Nacional de cada uno de los países participantes en el estudio. Señaló las fuentes públicas de financiamiento y los diferentes financiamientos privados

Dentro de sus principales conclusiones señala:

- La suma total de gastos médico-sanitario, tanto corrientes como de capital, con financiamiento directo ó indirecto, oscilaba entre máximos y mínimos de 6.3% y 2.5% del Producto Nacional Bruto y Renta Nacional.

- Los gastos absorbidos por los hospitales se eleva a un 50% de los gastos totales (4).

Por otro lado, a nivel Latino Americano se conoce poco sobre los gastos sanitarios totales. En un BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA de 1987 revela que "En América Latina, la información sobre estadísticas vitales es a veces incompleta o de poca confiabilidad, mientras que la información referente al financiamiento de las actividades de salud, es todavía escasa (5).

El mismo boletín también señala que "hasta ahora la información empírica disponible solo ha permitido medir algunos efectos financieros, ya sea en términos del gasto total de los gobiernos en salud, o en términos de mortalidad infantil u otros indicadores de la situación de salud".

Análisis del Gasto Sanitario

La necesidad de conocimiento de cuanto se gasta y como se gasta y que relaciones tiene con las prioridades tanto técnicas como políticas, se ha ido convirtiendo en una necesidad para las autoridades de las instituciones nacionales en función de reafirmar o desarrollar políticas sanitarias más coherentes con las necesidades de la población.

En Nicaragua existen informes anuales del Ministerio de Salud (MINSAL), en donde se señalan los gastos en salud en que ha incurrido este ministerio, pero no existe ningún estudio que haya recopilado los otros gastos en las que han incurrido otros ministerios que de forma indirecta participan en acciones que aportan a la mejora o mantenimiento del estado de salud de la población.

Un primer intento de conocer el gasto en salud en Nicaragua lo realizó Milton Roemer en 1986, que en un periodo de tres semanas, hizo una aproximación a las aportaciones de las distintas instituciones y un acercamiento global al tipo de servicio en que se gasta. Los resultados indican que el 50% del gasto en salud proviene del sector privado. De alguna manera esto representa el antecedente más cercano a la inquietud de desarrollar un estudio integral (6).

Este hecho determinó la necesidad de conocer el nivel de participación tanto del financiamiento como de los gastos de la prestación de servicios de instituciones ligadas con la salud, incluyendo no sólo las instituciones del sistema de salud, sino aquellas instituciones que de forma más directa realizan acciones que repercuten importantemente en la salud.

En los últimos tiempos se cuestiona el gasto cada día mayor, sobre todo en los cuidados de salud dirigidos a la recuperación de la misma, en detrimento de los que se refieren a evitar el apareamiento de enfermedades y el fomento de la salud (1), este hecho tan obvio, es uno de los desafíos más importantes de los servicios de salud.

Análisis del Gasto Sanitario

Lo anterior justifica este estudio, que intenta considerar las actividades del sistema de salud y la de otros que tienen que ver con la salud, buscando dar una primera respuesta de cuanto se gasta, quien gasta, como se gasta, donde se gasta y que repercusiones y relaciones a nivel económico y sanitario tienen dichos gastos en la población nicaragüense.

Análisis del Gasto Sanitario

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Valorar integralmente el gasto sanitario en Nicaragua según diversas perspectivas o enfoques y su relación con algunos indicadores socioeconómicos y sanitarios nacionales durante el período 1986 - 1990. Se centrará principalmente en el análisis del sector sanitario público, dada la escasez de datos para el sector privado.

3.2 Objetivos Específicos

Estuvieron constituidos por cada uno de los cinco enfoques bajo los cuales se analizará el gasto sanitario total:

1. Determinar las fuentes de financiamiento del sector salud, según su naturaleza, así como el aporte de cada una de ellas al gasto sanitario total.
2. Analizar la contribución de cada entidad prestadora de servicios de salud, estableciendo las diferencias entre ellas y aquellas que financian servicios pero que no los prestan directamente.
3. Clasificar el gasto sanitario total según el tipo de servicios a que va dirigido.
4. Establecer el monto del gasto sanitario por rubro económico de las instituciones prestadoras de servicios de salud para conocer la combinación de recursos utilizada en la prestación de los mismos.
5. Conocer la distribución del gasto sanitario total por regiones del territorio nacional.
6. Valorar los resultados de cada uno de los objetivos específicos anteriores, se hará relacionando esta información con los datos disponibles de población, renta, salud, etc, con el fin de construir indicadores fácilmente utilizables en la toma de decisiones y en las comparaciones internacionales.

IV. MARCO TEORICO

La problemática del subdesarrollo económico y social adquiere dimensiones diferentes conforme se acentúa la brecha tecnológica entre los llamados países del primer mundo y los del tercer mundo. Son conocidas algunas de las diferencias mas lacerantes en el campo social y económico, pero es menos perceptible que a diario, en que el dominio de la ciencia y de la técnica es monopolizado por unos de los polos de esta relación, esterilizando cualquier intento de corregir esas diferencias.

Una de las tantas diferencias que presentan la mayor parte de los países subdesarrollados respecto a los desarrollados es la calidad de los sistemas de información macroeconómicos y sociales. Los primeros tienen una alta precariedad en materia de construcción de bases de datos, procesamiento de la información y acceso a la misma y particularmente acentuado, en cuanto a la información económica financiera, demográfica y de otras variables sociales.

La comparación no es caprichosa, se utiliza aquí para relativizar las posibilidades de aplicación de los manuales de uso más frecuente que aún en nuestros institutos y universidades ofrecen como metodología para medición de la problemática de salud en países desarrollados.

Se parte de la base de que la información es limitada, y que es necesario utilizar los datos apreciando en ellos la capacidad de servir para comprobar tendencias, sin pretender exactitud en los números, así, a modo de ejemplo, si se revisan las cifras de informes recientes del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo se comprueban discrepancias en cuanto al volumen del producto interno bruto de Nicaragua pero no respecto a su tendencia.

El Gasto Sanitario esta estrechamente relacionado con el modelo económico, político y social de cada país, puesto que nos da la referencia de la importancia de la salud y la posibilidad financiera nacional traducida en montos del

Análisis del Gasto Sanitario

presupuesto nacional y de cooperación externa; por otro lado, en que acciones se gasta el financiamiento para incidir en los niveles de salud de la población.

El estudio del gasto sanitario entendido como el costo de las acciones sanitarias y no solo de curación, sino en su dimensión más amplia de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la población y del medio, trasciende el campo de las instituciones clásicas de salud (Ministerio de Salud, Seguridad Social, Sanidad Militar) incorporan otras instituciones que indirectamente realizan actividades que influyen en la salud de la población como instituciones relacionadas con la calidad y distribución del agua, letrificación, instituciones encargadas de recolección de basuras y otras; además, de la forma propia en que la población asegura su salud.

4.1. Factores que Influyen sobre el Nivel de Salud

Para todos los países del Tercer Mundo se constituye en un reto el mejorar la salud de sus poblaciones, debido al contexto socio-político y económico en el que se desarrollan, que determina un déficit de recursos para enfrentar las crecientes necesidades sociales de los pueblos.

Es relativo que el aumento de recursos en salud produce un efecto de mejoramiento, no siempre el comportamiento es así; por esta razón se ha tratado en las últimas décadas de producir conocimientos que permitan establecer las variables que puedan tener una mayor influencia en la salud, a partir de considerarla no sólo enfermedad sino un proceso producto de múltiples factores que varían en su importancia de acuerdo al contexto social - económico y a grupos humanos específicos.

Factores determinantes es la herencia genética que define complexión física y características biológicas individuales; de igual forma, la nutrición por exceso o por déficit, la vivienda y su entorno son considerados como de efecto directo y demostrables sobre la salud.

Análisis del Gasto Sanitario

La disminución marcada de la mortalidad y el crecimiento poblacional, en este último siglo ha tenido que ver con medidas higiénicas y saneamiento básico como tratamiento de agua, el control sobre la manipulación de alimentos, sistemas de eliminación de desechos líquidos y sólidos; además, el apareamiento de descubrimientos como la inmunización y los antibióticos han tenido efectos importantes y comprobados en los niveles de salud (1).

De igual forma, el tipo y calidad de trabajo en la que la población esta involucrada, las condiciones en las que se realiza este trabajo: seguridad, prevención de accidentes y ambiente laboral son otro grupo de variables con efectos en la salud.

También hay que destacar el aporte a la morbi-mortalidad de los accidentes de tránsito tanto de adultos como de niños como producto de factores individuales del ambiente social, de señalización vial e incremento de vehículos en ciudades que no han sido diseñadas para el mismo.

Ultimamente, se ha tratado de relacionar los comportamientos individuales y de grupos, estilos de vida, que por si mismos se constituyen en riesgos para la salud.

Entre los factores netamente económicos se han estudiado el nivel de renta y su relación con la salud, encontrándose en la mayoría, una relación significativamente positiva, sobre todo, porque tiene que ver con los factores enunciados en los párrafos anteriores como: vivienda, medio, nutrición, condiciones de vida y trabajo, educación; lo que se denomina, en su conjunto, como condiciones socioeconómicas.

Se debe destacar el impacto altamente positivo entre educación y salud, por lo que se ha tratado de analizar el por qué y como tiene que ver con la salud, algunas de las explicaciones son: mayor comprensión de la información sanitaria y de los cuidados para la salud, uso efectivo de los servicios de salud, mayor oportunidad de trabajo mejor remunerado y hábitos más adecuados para la salud.

Análisis del Gasto Sanitario

Se ha analizado ésta serie de variables de correlación positiva y se ha dejado al último la referencia a los sistemas de salud y sus instituciones, que se considera un factor influyente, que aunque no es determinante como las anteriores, es necesario analizar en ellos sus objetivos y su ámbito de acción sea de prevención, promoción, recuperación, o rehabilitación o todos a la vez, y su relación con el costo/beneficio de los cada uno de ellos sobre la salud de la población.

4.2. Variables que Afectan el Gasto Sanitario

El desarrollo económico de las últimas décadas trajo como consecuencia un incremento en los gastos sanitario en el mundo desarrollado (Maxwell, 1981) y mientras hubo este crecimiento la preocupación por el gasto sanitario fue mínimo, lo contrario sucedió cuando los recursos disminuyeron y empezó la competencia por su asignación en los diferentes sectores de la economía de los países(7).

Si lo anterior sucedió en los países desarrollados, en el Tercer Mundo y América Latina específicamente, el efecto de la crisis ha sido más dramático, sobre todo los deteriorados y diferenciados niveles de vida y de salud de nuestras poblaciones, tampoco han escapado de las preocupaciones de los costos sanitarios ha sabiendas que el problema tiene dimensiones y magnitudes diferentes que se relacionan con mayores necesidades de salud producto de los niveles de pobreza y menores ingresos.

La atención preferencial de los últimos tiempos a los costos sanitarios, tiene que ver con su incremento acelerado por lo que se ha impuesto la necesidad de identificar variables que permitan actuar sobre las mismas y frenarlo sin sacrificar la eficacia, la calidad ni la equidad de las acciones de salud.

En este sentido han sido identificados algunos factores que tiene que ver con las necesidades y las políticas de salud, pero también algunos relacionados con los procesos de producción de los servicios de salud como causa del incremento de los costos en salud.

Análisis del Gasto Sanitario

Creemos importante destacar los siguientes: (1)

a. Cambios en la estructura y dinámica de la población: población predominantemente joven, pero asociada a la emergencia creciente de población vieja que genera apareamiento de enfermedades crónicas cuyo costo es alto, además de la persistencia de enfermedades agudas.

b. Los Recursos Médicos y Paramédicos: El incremento de los mismos desproporcionado e incoherente con las necesidades de salud que prevalecen en una sociedad, generan expectativas en los profesionales de la salud y una mayor demanda de servicios de este tipo, siendo un factor importante en el incremento de los costos.

Se ha estudiado costos hospitalarios en los que el 50% de los mismos se deben directamente a nueva tecnología (Gaus, 1976), referido a países desarrollados que pueden financiarlos pero también a países subdesarrollados que la han adquirido de financiamientos públicos escasos y por la oferta de mercado transnacional de tecnología.

Lo anterior se agrava por la dependencia tecnológica que se establece y que genera más costos y disminuyendo la posibilidad de sustitución lo que establece múltiples círculos viciosos que incrementan los costos de salud.

c. La fuerza de trabajo: éste costo, de acuerdo a la calidad y cantidad requerida, es un factor productivo predominante que ha ido en ascenso en relación a otros elementos de costo de la producción de servicios de salud; algunos factores asociados son: sustitución de trabajadores voluntarios (religiosas) por trabajadores asalariados, sustitución de personal poco calificado por otro de mayor cualificación y por tanto mejor salario. La introducción de tecnología que no ha propiciado disminución de fuerza laboral sino mas bien fuerza de trabajo más especializada y calificada y por último, los aparatos burocráticos excesivos en relación a los operativos.

Análisis del Gasto Sanitario

d. **Los sistemas de financiación y pago:** que ejercen una influencia decisiva en la demanda de servicios sanitarios y en consecuencia en el gasto total. Es una necesidad el análisis de quién financia, qué financia y quienes son los beneficiarios; de igual forma si existe costo que se recupera, se mantiene la equidad o no, qué servicios se pagan y si con esto la demanda genuina se desalienta sobre todo en los sectores de mayor pobreza. Lo anterior es un problema actual en Nicaragua y que requiere toda la información disponible para una decisión acertada.

e. **Accesibilidad:** cuando es mayor, hay aumento de las tasas de utilización de los servicios de salud, y además mejora con la universalización de los mismos, por mejor transporte, nivel educativo y mayor disponibilidad de recursos y es un factor importante en el incremento de costos; este elemento que difícilmente tienen nuestros países quizá sea la variable que en nuestro contexto tiene impacto en el incremento de los gastos sanitarios públicos y en los gastos familiares privados en salud.

f. **La renta Percápita:** su crecimiento o decrecimiento explica una parte importante del gasto sanitario privado sobre todo en relación a comparaciones internacionales, siendo diferente en países desarrollados y en los del tercer mundo; en los primero un 90% de la variancia del gasto sanitario percápita en un estudio de 13 países desarrollados era explicada por este elemento, sólo que el objeto de gasto fueron servicios sanitarios "subjetivos": diagnóstico, comodidades. En el Tercer Mundo tendrá que ver con la prioridad que salud tiene frente a la sobrevivencia cotidiana de la población.

g. **La productividad por persona empleada:** la poca productividad que prevalece en el sector salud sobre todo por que la atención de salud es un proceso personalizado en donde la introducción de la tecnología no aumenta significativamente la producción de productos intermedios, ejemplo consultas médicas por hora trabajada, etc.

Análisis del Gasto Sanitario

h. El comportamiento del médico como agente del paciente que demanda servicios y que de acuerdo al mismo generará más demanda y consumo de insumos u otros servicios intermedios para su atención, en la mayoría de los casos permite demanda y utilización de insumos innecesaria.

i. La eficiencia en el uso de los recursos: hay que considerar los factores relacionados con este aspecto por que existen pocos estudios sobre el uso de los recursos en los procesos de producción de servicios de salud, se plantea una alta ineficiencia en el sector salud que repercute en los gastos sanitarios, por ejemplo el uso del recurso cama.

4.3 Situación Económica y Sanitaria en Nicaragua. Período 1986-1990.

Un eje de análisis importante es tomar en cuenta el contexto político-económico del período de estudio sobre todo para comprender el comportamiento del gasto sanitario, ya que sus características particulares influenciarán positiva o negativamente en el gasto sanitario global y en los servicios de salud para los que son utilizados.

En el período de estudio el contexto económico, político y social en Nicaragua se caracterizó por una situación de guerra, un bloqueo económico, inició con niveles de inflación y alcanzó niveles de hiperinflación hasta de treinta y tres mil por ciento (base 1980)(8) y una baja productividad a nivel nacional, con niveles parecidos a los de 1950, además de la influencia negativa de la baja de precios internacionales a nivel mundial (9).

Producto de la guerra se le asigna una gran parte del presupuesto gubernamental a la defensa y seguridad del país, a pesar de todas estas dificultades el gobierno tuvo el sector salud y el sector educativo como prioridad social, definiendo sus principales problemas y sus diferentes formas de coberturas.

Análisis del Gasto Sanitario

4.3.1. Aspectos Macroeconómicos y Sociales en el Período de Estudio

Para la comprensión del período de estudio, se presenta los aspectos macroeconómicos y sociales que consideramos necesarias para la comprensión del comportamiento del gasto sanitario, así como las características más importantes del sistema de salud de Nicaragua.

Después del proceso electoral de 1984, como consecuencia de los resultados obtenidos en el mismo, la revolución Nicaragüense pasó a una etapa de institucionalización, en una coyuntura muy compleja debido a ese estado de guerra y a la crisis económica.

En 1985 se inició un proceso que permitió el diseño de la nueva constitución, en que prácticamente participó toda la sociedad, a finales de 1986 se aprobó la Constitución, que fue asumida públicamente a comienzos de 1987. La misma establece definitivamente la delimitación de los alcances de cada uno de los poderes del Estado, y reafirma el carácter de la revolución respecto al pluralismo político, economía mixta, autodeterminación, soberanía nacional, no alineamiento y democracia participativa.

Al mismo tiempo, señala con precisión los derechos civiles, políticos y sociales del ciudadano, estableciendo un nuevo concepto de ciudadanía en el país. Caber resaltar el énfasis que pone la Constitución sobre el concepto integral de la Salud y su estrecha vinculación con los otros derechos sociales (10).

Como se indicó, el período analizado tiene como elemento principal la situación de guerra que vivía el país. Ya en 1987 la magnitud de los problemas causados por los afectos acumulados del conflicto eran considerables; una parte importante del territorio nacional y su población había sido afectada, se registró un rápido incremento de los flujos migratorios internos que afectaron las ya precarias condiciones de la ciudades del centro y del pacífico del país.

Análisis del Gasto Sanitario

La producción agropecuaria, tanto la de exportación como la de consumo interno, se vio afectada. La agudización de la crisis económica se expresó en una situación hiperinflacionaria que hizo necesario adoptar, en 1986, medidas de reforma económica y un programa de estabilización, básicamente dirigido a controlar la inflación, corregir los graves desequilibrios de la economía y activar el aparato productivo del país.

La rigidez del gasto de la defensa, el financiamiento del déficit del gobierno central y la falta de un flujo de recursos externos, fueron los factores más importantes que no permitieron cumplir a cabalidad con algunos de los objetivos trazados.

En 1987 se produjo una reducción del PIB de 0.7% en relación con 1980; la inflación acumulada en este año fue de 1,300% (11). En 1988 el gobierno implementó un conjunto de medidas económicas de ajuste, entre ellas la remonetización de la moneda nacional; sin embargo, estas fueron insuficientes para detener el proceso inflacionario.

El comercio exterior se contrajo y fue subsidiado con endeudamiento externo que en 1988 llegó a 7,220 millones de dólares (11).

Si bien el gasto público en relación con el PIB se redujo (55.6% del PIB en 1985, 46.0% en 1986, 37.7% en 1987, 43.9% en 1988), el gasto en defensa aumentó de 34.5% a 45% del presupuesto de la República entre 1985 y 1987.

La inflación anual fue de 219.5% en 1985, 681.6% en 1986, 14,295.3% en 1988, 4771.1% en 1989 y 7424.1% en 1990 (8), proceso que afectó más a los grupos sociales menos favorecidos.

Las tendencias recesivas que afectaban las actividades productivas se agudizaron en 1988 y en menor medida, en 1989.

Análisis del Gasto Sanitario

El PIB del país cayó fuertemente, 10.9% en 1988 y 2.9% en 1989, con respecto a 1980, impactado por la reducción del consumo público y las inversiones, parcialmente compensadas por un incremento del 26.8% en las exportaciones (agricultura, minería, pesca) y el consumo privado (11).

El mayor impacto recesivo se presentó en aquellas actividades productivas muy vinculadas a los recursos financieros de la banca y con una mayor proporción de insumos importados en general, así como en las orientadas al mercado interno.

En el plano internacional, entre 1988 y 1990 el Gobierno propició el diálogo bilateral con los Estados Unidos de América para lograr la paz, al mismo tiempo que buscó el apoyo internacional para encontrar una salida a la crisis regional, y formuló iniciativas para un entendimiento entre los Presidentes de la Región en un Marco de Apertura democrática; también se generaron las condiciones para la finalización del conflicto militar.

Se desarrolló iniciativas regionales y nacionales de diálogo y negociación que culminarían con el cese temporal de las acciones bélicas. Al mismo tiempo, los avances en el diálogo nacional y la liberación de algunos aspectos restringidos por el estado de emergencia favorecieron el establecimiento de las medidas económicas.

El sector educación tuvo un deterioro significativo en este período, al disminuir la cobertura, especialmente en las zonas de guerra, además de la crisis general del sistema a causa de las restricciones presupuestarias, los bajos salarios a los maestros, la alta rotación de sus recursos humanos, etc. Para 1989, los niveles de analfabetismos que se habían logrado reducir a un 12% durante la Campaña Nacional de Alfabetización, se habían elevado. Estos problemas llevaron al gobierno a replantearse la situación del sistema educativo nacional y las políticas de educación.

Análisis del Gasto Sanitario

La situación de la vivienda también se vio altamente afectada. El esfuerzo de construcción realizado en la primera mitad del decenio de los ochenta se vio detenido. El esfuerzo principal se dirigió a proveer de condiciones básicas de vivienda a los pobladores desplazados y refugiados en el campo y distribución de lotes en las ciudades.

El país ha ido acumulando un déficit habitacional creciente que se corresponde con el incremento de la demanda cada año; a lo que se agregó la reducida inversión estatal y privada.

El sistema de seguridad social, organizó y ejecutó programas especiales de apoyo a las poblaciones desplazadas, familiares de fallecidos, huérfanos de guerra y discapacitados, lo que, aunado a una reducción en su afiliación por efectos de la contracción del empleo, le significó una enorme carga financiera. Para asegurar la asistencia y el bienestar social el gobierno requirió de nuevas fuentes de financiamiento, tanto internas como externas. Si bien para 1987 el volumen de cotizantes había crecido 113% en relación a 1980 y de 78% en 1990, también aumentó el volumen de beneficiados con pensiones de 15,000 a 35,000 (12).

Estos problemas dieron base al replanteamiento de la situación de la seguridad social con el fin de separar orgánica y financieramente los programas especiales, lo que se inició a fines de 1989 y tuvo como objetivo privilegiar los compromisos con los asegurados.

Los principales objetivos de las políticas nacionales, sobre todos después de la reforma económica, estaban dirigidos básicamente a lograr el control de la inflación a través de una política de ajuste fiscal que incluía la disminución de los gastos de defensa y la realización de una reforma que ampliara la base tributaria, disciplina crediticia y financiera, para alcanzar una estabilidad razonable de precios en el mediano plazo.

Análisis del Gasto Sanitario

Los objetivos claves de la reforma económica y del plan de estabilización fueron la recuperación productiva del país para alcanzar un crecimiento del PIB de manera sostenida, aumentar las deprimidas exportaciones de productos tradicionales, fomentar las exportaciones de productos no tradicionales, un programa de rehabilitación industrial a ser desarrollado a partir de 1990, la activación de la producción para el consumo interno con el fin de alcanzar la seguridad alimentaria y el desarrollo de programas de rehabilitación de la infraestructura energética, de transporte y comunicaciones del país.

En el sector social, las políticas estaban dirigidas a contener el deterioro de los servicios sociales, precisar los sectores más vulnerables y readecuar la organización y funcionamiento de las instituciones involucradas, fortalecer la regionalización, la descentralización, de forma que, en medio de las restricciones presupuestarias, se lograra eficiencia e impacto efectivo de las acciones.

4.3.2. Características Demográficas

En 1988 la población de Nicaragua se estimaba en 3,621.600 habitantes, producto de un ritmo de crecimiento de 3.3% en el período, con una Tasa de Fecundidad Global de 5.5 hijos por mujer. En 1988, según estimaciones del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) y el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) 3.9% eran menores de un año; 14.3% tenían de 1 a 4 años; 28.2% de 5 a 14 años; 51.1% de 15 a 64 años, y 2.7% 65 y más años (13).

La densidad de la población aumentó de 23 habitantes por km cuadrado en 1985 a 28 en 1990, su distribución en el territorio es desigual, ya que, por ejemplo, la zona del Pacífico que representa 15% del territorio contiene casi 65% del total de la población, la región central concentra menos del 30% de la población y la zona Atlántica que corresponde a 56% del territorio, cuenta con 8% de la población, influyendo el proceso migratorio interno, que hace que la Región III tenga la mayor tasa de crecimiento del país (4.3%); la capital se ubica en esa región (2).

Análisis del Gasto Sanitario

4.3.3. SITUACION DE SALUD

a) MORTALIDAD INFANTIL

En América Latina 10 de los 20 países presentan en 1985-90 una alta tasa de mortalidad infantil, con tasa iguales o superiores a 60 por mil nacidos vivos.

El grupo con la Mortalidad Infantil más alta está formado por Bolivia, Haití, Perú, Honduras, Nicaragua y República Dominicana.

Honduras, Nicaragua y República Dominicana han logrado progresos quinquenales mas sostenidos y homogéneos: Nicaragua 16.8, Honduras 23.8, República Dominicana 14, Bolivia 6.1, y Perú 12.1.

Guatemala y El Salvador lograron reducir la tasa de mortalidad infantil (TMI) de 145 por mil NV en 1950-55 a 95 en 1970-75, estos han mantenido el descenso en los años siguientes, pudiendo alcanzar para el año 2000 una TMI de 36 a 37 por mil NV. La baja quinquenal para Guatemala fue de 11.4 y El Salvador de 13 (14).

La mortalidad infantil en Nicaragua, al igual que en todos los países centroamericanos ha tenido un descenso continuo, sin embargo los niveles observados lo sitúan en el grupo de países centroamericanos con altas tasas de mortalidad

En el país las principales causas de mortalidad infantil son (2):

- Enfermedad infecciosa intestinal
- Afecciones propias del período perinatal
- Neumonía.

Análisis del Gasto Sanitario

MORTALIDAD INFANTIL EN CENTROAMERICA

PAIS	tasa/mil NV 1988	Tasa/mil NV 1989 - 90
Guatemala	55.3	55
El Salvador	57.4	55
Honduras	62.0	66
Nicaragua	61.7	72
Costa Rica	14.7	17

Fuente: Estado de Salud de las Américas
1990.

Panorama macroeconómico de la Salud,
Banco Mundial, 1992.

Indices básicos de salud, 1988-1991
MINSA 1992.

b. MORTALIDAD MATERNA

Las cifras disponibles demuestran que en la región de las Américas pueden apreciarse variaciones tan grandes como las registradas entre Bolivia y Canadá, donde la Tasa de mortalidad materna (TMM) es 120 veces mayor en el primero. Incluso en aquellos países donde se registran las tasa más bajas de mortalidad materna (Costa Rica y Cuba), los valores de las mismas llegan a ser seis veces superiores a las de Canadá.

En 1960 el 50% de países de América Latina y el Caribe tenían TMM cercanas o superiores a 20 por 10 mil nacidos vivos. En 1984 esta situación sólo existe en 3 países, Bolivia, Haití y Paraguay. Si se mantuviera el crecimiento de la población y el efecto combinado de las tasas de mortalidad y fecundidad actualmente observadas en

Análisis del Gasto Sanitario

América Latina y el Caribe se esperará cerca de 1 millón de muertes maternas entre 1980 y el año 2000. Si por otro lado se alcanzaran y sostuvieran niveles de mortalidad materna similares a los de Costa Rica y Cuba en la actualidad el número de muertes se reduciría a 60 mil (14).

c. ESPERANZA DE VIDA AL NACER.

El grupo I compuesto por Haití y Bolivia, la Esperanza de Vida al Nacer (EVN) apenas bordeaba los 40 años en el quinquenio 1950-1955, un nivel que los países industrializados tenían a finales del siglo pasado, esos países han alcanzado en la actualidad una vida media de solo 54 años. Si las tendencias recientes persistieran se estima que la EVN en el año 2000 será casi 10 años menor que la establecida en la meta de salud para todos en ese año.

El grupo II compuesto por Nicaragua, El Salvador, Honduras y Perú en 1950 -1955 también estaban en una condición de bastante atraso, con una EVN de apenas 42-45 años. Pero las ganancias han sido mas intensas, acercándose en promedio a 3 años por quinquenio situación que parece haberse mantenido después de 1970 con excepción de el Salvador.

La EVN para el quinquenio 1985 - 1990 es la siguiente: Nicaragua 63.3 años, El Salvador 62 años, Honduras 64 años y Perú 61.4 años.

El grupo IV formado por Cuba y Costa Rica está en la vanguardia, en la transición hacia una menor mortalidad, estaban en una situación favorable en 1950 - 1955 con una EVN de 57 a 59 años y han tenido un aumento sostenido de tal modo que Cuba alcanzó una EV de 70 años en 1970 y Costa Rica en 1978 (14).

d. MORTALIDAD GENERAL

El primer hecho importante es que ha habido una reducción sustancial y generalizada de la mortalidad en las Américas en los últimos 40 años, con niveles muy diferentes en las tres subregiones.

Análisis del Gasto Sanitario

Los datos disponibles acerca de la situación de salud de la población nicaragüense revelan que el número de defunciones totales registradas por el SINEVI (Sistema Nacional de Estadísticas Vitales), muestran una disminución desde el año 1985. Esto se debe principalmente a la disminución de la mortalidad en el grupo de 15 a 49 años lo que parece explicarse por la importante disminución de las defunciones por lesiones de guerra (2).

El país presenta una Tasa de Mortalidad General de 10.8 por 1000 habitantes con un alto componente de mortalidad infantil.

El comportamiento de la mortalidad según sus causas revela la coexistencia de enfermedades infecciosas con enfermedades crónicas, además de un fuerte componente de causas perinatales y causas violentas.

Aunque las características de mortalidad son similares en todo el país, existen particularidades en cada Región, observándose que las Regiones que sobrepasan la Tasa Nacional son la Región II, la V y la VI (2).

4.3.4. El Sistema de Salud en Nicaragua

Con el triunfo de la Revolución, en agosto de 1979 se creó el Sistema Nacional Unico de Salud (SNUS), que integró las Juntas de Beneficencia Nacional y Locales, al Ministerio de Salud, los servicios de atención de salud del Instituto de Seguridad Social y los Servicios Militares dedicados a la salud de las Instituciones Militares. Los servicios de salud se regionalizaron y jerarquizaron con la estructuración del Ministerio de Salud.

Se define el SNUS como los mecanismos jurídicos, políticos y administrativos que articulan todas las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas que desarrollan acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la Salud de la población Nicaragüense (15), así como aquellas que aseguran el mantenimiento y reproducción de los recursos humanos y materiales para las mismas.

Análisis del Gasto Sanitario

El Ministerio de Salud es la institución rectora del sistema, responsable de la articulación en primera instancia, con los servicios militares (EPS Y MINT, ahora MINGOB), que se integraron a través de una comisión coordinadora. No hubo integración del sector privado dedicado a salud; aunque se planteó su inclusión, no se operativizó esta propuesta. Con otras instituciones del sector social y organismos populares se conformó el Consejo Nacional de Salud.

El Ministerio de Salud como órgano rector definió los siguientes principios de organización del SNUS (15):

- La salud es un derecho de todos los individuos y una responsabilidad del estado y del pueblo organizado;
- La accesibilidad a los servicios de salud en términos geográficos, económicos e ideológicos;
- Los servicios de salud debe tener un carácter integral, proporcionando bienestar físico, mental y social;
- El trabajo de salud debe realizarse en equipo realizando grupos colectivos para intercambio de aprendizaje y como trabajo participativo;
- Las actividades se desarrollarán con una planificación centralizada a fin de tener un desarrollo armonioso tanto a nivel económico como social.
- La participación de las comunidades en las actividades del sistema de salud.

El nuevo modelo de organización por niveles definido por SNUS es:

-Nivel Central a cargo de la planificación, normación y evaluación de las actividades. Geográficamente estaba dividido en nueve direcciones regionales encargadas de la planificación, gerencia y evaluación directa de las unidades de servicio.

-Nivel Regional.

-Nivel Local (Áreas de Salud y Hospitales).

Análisis del Gasto Sanitario

Se establecen dos niveles de atención:

- el primero formado por los servicios municipales (Puestos de salud, Puestos médicos, Centros de salud con camas y sin camas).
- el segundo, brindado específicamente en los hospitales, con distintos niveles de resolución y clasificados según período de estancia, en agudos y crónicos, por los servicios que prestan y por su territorio de influencia.

En cada uno de estos niveles se delimitaron funciones, recursos humanos y cobertura tanto geográfica como de diferentes niveles de asistencia (2).

Los 10 programas existentes en 1980, fueron reorganizados en 1986, los programas que se establecieron sirvieron de base para este estudio, considerados como tipo de servicios.

Sobre estos lineamientos generales y dada la situación general descrita, en el Período 1985-1986, la Política de Salud se orientó a contener el deterioro provocado por la guerra y la crisis, estableciendo como grupos prioritarios, a los combatientes, a los trabajadores y a los niños.

El MINSA como organismo del estado responsable de la protección y fomento de la salud en el país establece la intersectorialidad como una estrategia de potenciación de sus esfuerzos en este sentido encuentran convergencia con el trabajo que llevan a cabo otras instituciones públicas o privadas, tales como:

Agua y alcantarillado (INAA).
Seguridad Social y Bienestar (INSSBI) >
Viviendas.
Transporte.
Instituciones formadoras de Recursos Humanos
(Universidades, Ministerio de Educación).
Industria farmacéutica.
Agricultura, otros.
Organismos populares, religiosas, no
gubernamentales, etc.

Análisis del Gasto Sanitario

Lo anterior, se expresó de diferentes maneras de acuerdo al desarrollo de los niveles regionales y locales.

4.3.5. Instituciones con Acciones Relacionadas con Salud

Ejército Popular Sandinista (EPS)

El EPS es la institución armada del estado, responsable de la defensa de la soberanía nacional y de la integridad territorial.

Para el aseguramiento multilateral de sus tropas existen una serie de estructuras entre la que se encuentran los Servicios Médicos.

Los Servicios Médicos del EPS responden por el aseguramiento médico de los oficiales, clases y soldados y sus familiares en cobertura (padres, cónyuges e hijos), así como de los trabajadores civiles de la institución.

El aseguramiento médico a las tropas comprende todas las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de las mismas, desarrollada por el personal médico, paramédico y de apoyo de la especialidad, a fin de mantener la capacidad y disposición combativa de las tropas.

Los servicios médicos del EPS se encuentran integrados como un subsistema al Sistema Nacional Único de Salud, desarrollando acciones coordinadas y en ocasiones conjuntas con el MINSA.

Se considera que en el período de estudio constituyeron un importante aporte financiero y de prestación de servicios de salud por la atención a la población militar y la población civil aledaña a las zonas de guerra.

Análisis del Gasto Sanitario

Ministerio de Gobernación (MINGOB)

Es una institución del gobierno central cuya función principal es la seguridad y el mantenimiento del orden público. Tiene como organismo especializado los servicios médicos, que brindan atención al personal de las diferentes unidades del MINGOB y a los familiares por derecho (padres, cónyuges e hijos).

El modelo de atención está estructurado en dos niveles: Primario y Secundario.

Las necesidades de salud de tipo secundario que se originan en las regiones que no pueden ser solucionadas por las estructuras del MINGOB se resuelven por la vía de la cooperación con unidades hospitalarias regionales del EPS o del MINSA.

La estructura organizativa cuenta con un nivel Nacional eminentemente normativo, al que esta adjunto la unidad hospitalaria, la atención especializada en salud mental. Con un nivel regional que tiene un carácter más evaluativo, y consta con las unidades regionales de salud.

El gasto sanitario de este sub sistema de salud se ejecuta también por los rubros económicos definidos en el clasificador por objeto del gasto del gobierno central.

Instituto Nicaragüense de Fomento Municipal (INIFOM)

El INIFOM abarca los 143 municipios del territorio Nacional, excluyendo el municipio de Managua.

Este instituto tiene como funciones el mantenimiento y reparación de calles y obras municipales de dominio público; recolección de basuras de las calles, mercados, rastros y cementerios, servicios de red de agua e inversiones en obras públicas.

Análisis del Gasto Sanitario

Sus ingresos los obtienen a través del cobro de la recaudación de impuestos tributarios, transferencias del gobierno, ingresos patrimoniales, ingresos financieros y donaciones externas e internas.

Para esta investigación se seleccionó aquellas actividades que impactan directamente en el estado de salud de la población como son la recolección de basura de calles, mercados y rastros, servicios de red de agua e inversiones en centros de salud.

Ministerio de Cooperación Externa

Este Ministerio realiza gestión y contratación de donaciones por vía oficial proveniente de los diferentes países y de las diferentes cooperaciones destinadas a todos los sectores previstos. También controla contratación de créditos de cada uno de los sectores y los desembolsos tanto de donaciones como de créditos.

Para efecto de esta investigación se cubrirá la cooperación o crédito desembolsado de los diferentes tipos de cooperaciones destinadas al sector salud de las instituciones financiadoras o prestadoras consideradas en este estudio.

Hay que aclarar que hubo en el mismo período de estudio posibles donaciones externas que no entraron por vía oficial, este tipo de donación llegaban directamente a las unidades sanitarias, donde no se llevaba ningún control de registro de este tipo de donación. Es por eso que se basará únicamente en los registros oficiales del ministerio.

Industria Ortoprotésica

La Industria Ortoprotésica es una industria que nace para cubrir la gran demanda de los lisiados de guerra. Está adscrita a la Región III del Ministerio de Salud (MINSA), teniendo una cobertura a nivel Nacional de asegurados y no asegurados.

Análisis del Gasto Sanitario

Su función principal es la producción de órtesis y prótesis, cubriendo sus gastos por medio del presupuesto del MINSA y por el presupuesto extraordinario.

Instituto de Bienestar y Seguridad Social (INSSBI):

A partir del 8 de agosto de 1979, fecha en que se creó el SNUS, el INSSBI es una institución encargada de los pensionados (jubilados, viudez, orfandad, e incapacidad), y seguros por subsidios, riesgo profesional, maternidad (pre y post natal), accidentes de trabajo y enfermedad común.

Señalamos, que por falta de registro, fue difícil conocer dentro de las otras instituciones (MINSA), la contribución que realiza el INSSBI, por lo que sólo se pudo obtener las cuotas por los subsidios antes mencionados.

Instituciones Privadas sin Fines de Lucro (IPSL)

Para efecto de ésta investigación se incluyó dentro de las IPSL la Cruz Roja Nicaragüense y el Comité Evangélico Pro Ayuda para el Desarrollo (CEPAD).

La Cruz Roja es una institución de beneficencia que cumple diferentes tareas tales como primeros auxilios, servicios de ambulancia, banco de sangre, cuerpo de voluntarios y emergencias. También cubren actividades de masas tales como manifestaciones, actos religiosos y vigilancia en las playas.

Esta institución financia sus actividades con las recaudaciones hechas en la colecta nacional y con la ayuda que prestan sus miembros donantes.

CEPAD se dedica especialmente a resolver problemas en zonas rurales en donde las diferentes comunidades necesitan de servicios de salud primaria. Construyen letrinas y pozos; además, realizan actividades de capacitación en salud a personas de las diferentes comunidades cubiertas. Sus actividades son financiadas a través de la comisión a la que pertenecen.

Análisis del Gasto Sanitario

Instituto Nicaragüense de Acueductos y Alcantarillados (INAA)

INAA es la institución encargada del abastecimiento del control y calidad del agua, así como de las inversiones en los acueductos y alcantarillados.

Para fines del estudio se tomó en cuenta las actividades relacionadas con el control y calidad del agua. Esta institución financia sus actividades a través de la recaudación del pago de los usuarios por sus servicios; señalamos que durante el período de estudio el gobierno realizaba subsidios para cubrir su déficit.

Análisis del Gasto Sanitario

Instituto Nicaragüense de Acueductos y Alcantarillados (INAA)

INAA es la institución encargada del abastecimiento del control y calidad del agua, así como de las inversiones en los acueductos y alcantarillados.

Para fines del estudio se tomó en cuenta las actividades relacionadas con el control y calidad del agua. Esta institución financia sus actividades a través de la recaudación del pago de los usuarios por sus servicios; señalamos que durante el período de estudio el gobierno realizaba subsidios para cubrir su déficit.

V. HIPOTESIS

La medición del gasto se utilizará para tratar de demostrar las siguientes hipótesis:

- a) La salud es una prioridad nacional en el período de análisis.
- b) La asignación del gasto no responde estrictamente a las prioridades de salud enunciadas en ese período, especialmente cuando esas prioridades se analizan a nivel regional.
- c) Una de las funciones del gasto público, que consiste en la redistribución del ingreso en favor de los sectores más marginados de la sociedad, no se cumplió con eficiencia.

Análisis del Gasto Sanitario

VI. METODOLOGIA.

6.1. CONCEPTO.

La primera dificultad que se encuentra al comenzar una investigación de este tipo es definir los límites del objeto de estudio. Las fronteras entre lo que es sanitario y lo que no lo es, son muy difusas, y se hace más difícil por las actividades que a nivel de gobierno se realizan para ésta área, en algunos casos son responsabilidad de los ministerios de salud, en otros casos de diferentes ministerios o entes autónomos. A la hora de decidir cuáles, o que parte, de estas actividades se deben incluir como gasto sanitario y cuáles no, intentamos de alguna forma operacionalizar el concepto de salud/enfermedad integral y además referenciar los internacionales para facilitar una comparabilidad de los resultados (1).

En este estudio se han seguido las pautas metodológicas establecidas, sobre todo por Marisol Rodríguez, 1986(1); además las de Griffiths y Mills en su estudio de 1982 (16).

Los gastos en la educación del personal de salud nos planteó dificultades y consideramos sólo incluir los gastos que fueron hechos por el MINSA en ese período ya que postgrado (Salud Pública) y técnicos superiores sólo son parte de la Universidad a partir de 1990.

En relación al ámbito del estudio se definió nacional incorporando el gasto público, así como el realizado por la población, aunque en este último caso solo se hizo una estimación de un estudio de gasto familiar de 1985 por ESDENIC en la que se establece que el gasto en salud promedio es de 0.023 % del PIB (17).

El quinquenio estudiado, 1986 - 1990, dio algunas dificultades, sobre todo por la diferencia en los registros de la información que en algunos casos variaron en las mismas instituciones, así como entre instituciones. El elemento de mayor dificultad metodológica fue la inflación constante y la utilización al mismo tiempo de varias monedas

Análisis del Gasto Sanitario

(córdobas corrientes, córdobas oro, dólares). A pesar de lo anterior, se hizo un esfuerzo por disminuir los sesgos que podían presentarse con estas variaciones.

Este estudio de tipo retrospectivo tuvo como universo todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, todas las instituciones financiadoras para el sector salud y en todos los territorios regionales del país.

Todos los montos fueron registrados en córdobas constantes de 1980.

6.2. Fuentes de Información

Se clasificaron las instituciones por su participación en el financiamiento del sector salud y por su intervención en la prestación de los servicios:

Fuentes de Financiamientos: son los organismos ó instituciones que proveen recursos financieros, para la ejecución de actividades, directas ó indirectas en salud, las que podrían estar involucradas ó no en la prestación de servicios.

Instituciones Prestadoras de Servicios: son aquellas instituciones públicas y privadas involucradas en la ejecución de actividades sanitarias, directas ó indirectas, que pueden ser autofinanciadas ó no.

La recolección de la información empezó en junio de 1991 y se prolongó por ocho meses. Los organismos e instituciones analizados se detallan a continuación:

a. Las fuentes de financiamiento analizadas fueron:

- Ministerio de Salud.
- Ministerio de Gobernación .
- INAA.
- INSBBI .
- INIFOM
- Alcaldía de Managua.
- Cooperación Externa:gubernamental y no gubernamental.
- Familia.

Análisis del Gasto Sanitario

b. Las instituciones prestadoras de servicios consideradas fueron:

- Ministerio de Salud (MINSA).
- Ministerio de Gobernación (MINGOB).
- Instituto Nicaragüense de Acueductos y Alcantarillado (INAA)
- Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y Bienestar (INSSBI).
- Instituto Nicaragüense de Fomento de las Municipalidades (INIFOM).
- Instituciones Privadas Nacionales sin fines de lucro. (I.P.S.L.).

6.3. Ordenamiento de los Datos.

En cada país existen normas de como gastar el financiamiento a través de definir los rubros económicos que homogenizan los objetos de gasto de los presupuestos o del financiamiento asignado en las instituciones gubernamentales, existiendo diferencia con las no gubernamentales que pueden asumir la normación o no.

En primer lugar, se procesó el gasto por fuente de financiamiento: organismos o instituciones que proveen recursos financieros para un determinado gasto de las instituciones de salud a nivel nacional y regional. Se consideró el tipo de fuente de financiamiento: publico y privado, discriminando en las dos la cooperación externa.

En segundo lugar, se agruparon los gastos según instituciones prestadoras de Servicios que son aquellas instituciones públicas y privadas que realizan actividades directas e indirectas de producción de servicios sanitarios que tienen que ver con el perfil de salud e higiénico sanitario del país.

En tercer lugar, se analizó el gasto según tipo de servicio en el que se diferenció a que ha sido destinado; la clasificación por programa se agrupó, en algunos casos, para adaptarla a la utilizada usualmente a nivel internacional, de la siguiente manera: (ver anexo No.1).

Análisis del Gasto Sanitario

1. Gastos en Actividades Centrales (administración).
2. Gastos de Promoción Prevención y Asistencia Primaria.
3. Gastos de Atención Hospitalaria.
4. Gastos de Formación e Investigación:

En cuarto lugar, se procesó el gasto según rubro económico: se definió de acuerdo con el clasificador por objeto del gasto del presupuesto del Gobierno Central de Nicaragua y válido para todo el país (18). (ver anexo No.2)

- GRUPO 01-Servicios personales.
- GRUPO 02- Servicios no personales.
- GRUPO 03- Materiales y Suministros.
- GRUPO 04.- Maquinaria y Equipos.
- GRUPO 05.- Adquisición de Inmuebles y Equipos existentes.
- GRUPO 06.- Ejecución de obras realizadas por contrato.
- GRUPO 07- Transferencias corrientes.
- GRUPO 08- Transferencia de Capital.

Por último, se estudió el gasto por regiones de acuerdo a la clasificación geográfica y por tanto se analizaron las nueve regiones Político-administrativas del país.

A partir de estos datos se realizaron comparaciones cualicuantitativas entre los indicadores de las variables para que permitan valorar de alguna forma el grado de asociación entre las mismas. En el análisis más cualitativo y de relación de los objetivos de este estudio, con el contexto social -político - económico y sanitario en el período de estudio, se utilizaron informaciones complementarias como:

Análisis del Gasto Sanitario

a.- Sector Salud: Mortalidad Infantil, Mortalidad General, Mortalidad Materna, Esperanza de vida, Cobertura sanitaria de acuerdo a la red de servicios, Infraestructura sanitaria, Cobertura de abastecimiento de agua y alcantarillado.

b.- Variables socioeconómicas: Gastos del gobierno, Gasto del Ministerio de Salud, Indicadores Básicos de la Pobreza, Producto Interno Bruto (PIB) total, Producto Interno Bruto (PIB) per cápita, Deuda Externa per cápita, Datos demográficos nacionales y por regiones.

En el análisis de las relaciones entre el modelo económico, y social consideramos las categorías descritas, y las proporciones y porcentajes que representa el gasto sanitario de ellas.

Análisis del Gasto Sanitario

VII. ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

7.1. Consideraciones Generales.

El estudio realizado presentó algunas limitaciones de orden general en cuanto a la accesibilidad de la información de las instituciones prestadoras y/o financiadoras estudiadas, como el Ejército Popular Sandinista y la Alcaldía de Managua.

Para la recolección de la información en primera instancia se efectuó una prueba piloto para realizar ajustes en la metodología de cuantificación y análisis del gasto sanitario en el país. Luego, se hizo una serie de coordinaciones con las instituciones y posteriormente el equipo investigador se movilizó a recolectarlas.

Posteriormente la información se organizó de acuerdo a matrices que fueron diseñadas previamente, debido a que la contabilidades en las instituciones no son uniformes y desarrolladas y era necesario la mayor aproximación posible a estos datos.

El principal problema que encontramos fue que algunas instituciones no usaban el clasificador oficial por objeto del gasto definido por el Ministerio de Finanzas, donde se definen las diferentes formas de agrupación del gasto por rubros económicos, clasificados como: gastos corrientes (pago al personal, mantenimiento de infraestructura, compra de materiales para uso de oficinas, entre otros) y gastos de capital o de inversiones en infraestructuras, además utiliza una codificación que facilita el reconocimiento o la utilización de la informática para archivarlo y analizarlo.

De acuerdo al nivel: central, regional u operativo de las instituciones estudiadas, la forma de detalle de los gastos eran diferentes y en algunos caso sólo fueron instituciones intermediarias de presupuestos y en otras casos eran manejados en forma centralizada.

Otras dificultades en la recolección de la información a nivel de las instituciones estudiadas, fueron informaciones incompletas, debido principalmente a que las instituciones desechan los informes después de cierto período, ó porque no la consolidan por año, ó por que no se maneja el clasificador por objeto de gasto de forma homogénea para procesar los datos, incluso dentro de las mismas instituciones existen formas diferentes de procesarlos. Lo

Análisis del Gasto Sanitario

anterior influyó en que el período de tiempo destinado para la recolección se prolongara.

También es importante señalar que en algunos casos para poder tener información anual se tuvo que procesar de forma mensual; además, influyó en la recolección los tipos de monedas en la que se encontraba los reporte contables.

La información se obtuvo en los niveles centrales de las instituciones involucradas, después de varias visitas para conocer la forma de registro y tener acceso a los mismos.

- Los Servicios Médicos del Ejército Popular Sandinista fue la institución pública de la que no se obtuvo información, se considera que su aporte al gasto sanitario fue importante en ese período, por la situación bélica, el aseguramiento sanitario de la población militar involucrada y la población civil que se encontraba en la zona de guerra.

Las razones fundamentales de la inaccesibilidad de esta información se debieron a que los rubros económicos no fueron manejados directamente por los servicios médicos, los cuales solo fueron intermediarios en la administración del presupuesto; además esta información era destruida por razones de compartimentación militar.

- En el MINGOB los archivos económicos se destruyen año con año, por esto sólo se obtuvo la información del último nonestre del año mas reciente, el tipo de información obtenida se debió a que a partir de 1990 se realizó la descentralización de las unidades por regiones, por lo tanto solo se brindó información de los rubros que se manejan de forma centralizada (medicamentos y materiales) y las actividades centrales de la sede central y la Región III.

- Uno de los mayores problemas en el INSSBI fue la falta de claridad de las interrelaciones establecidas dentro del INSSBI-MIFIN-MINSA, en relación al mecanismo de transferencias entre estas instituciones. Teóricamente el MIFIN se encarga de realizar las retenciones obligatorias de los asalariados y de las instituciones como empleadoras. MIFIN debería transferir los fondos recaudados al MINSA para la prestación de servicios a los asegurados. El MINSA argumenta que dicha transferencia no se realiza. No se abarco las unidades regionales, porque los montos gastados no compensaba la inversión de tiempo de la recolección.

Análisis del Gasto Sanitario

debió considerar otras instituciones, algún financiamiento a salud de empresas productivas y el gasto familiar en salud; de igual manera del trabajo voluntario realizado en salud en el período del estudio así como los costos sanitarios indirectos del transporte de paciente que no se registra y el costo de oportunidad del tiempo perdido que no es posible estimar (19).

En este sentido el estudio se limitó a una aproximación superficial del gasto privado, debido a limitaciones de tiempo, dispersión de las mismas y financiamiento para la recolección de esta información.

En el caso de la Cruz Roja, la descentralización en unidades municipales que en muchos casos no contabilizaban el gasto, no permitió la recolección completa, sino, una pequeña proporción del gasto, calculamos que aproximadamente se acerca al 20% del financiamiento total de estas unidades.

La información del CEPAD incluye la totalidad de su gasto, clasificada por tipo de servicios y por regiones, no así, por rubros económicos.

Lo importante ha sido identificar una serie de limitaciones y dificultades que podrían superarse en estas instituciones estudiadas con el fin de poder monitorear anualmente el gasto sanitario.

Los montos obtenidos en primera instancia se deflactaron a córdobas constantes de 1980 utilizando el índice de precios al consumidor (IPC) según la metodología recomendada por el Banco Central, con el fin de homogenizar y facilitar la comparabilidad del gasto.

Análisis del Gasto Sanitario

7.2 INSTITUCIONES FINANCIADORAS

7.2.1 Descripción y Análisis Global de las Instituciones Financiadoras

1) Descripción de las Fuentes de Financiación

Según lo observado en el gráfico No 1, durante el período de estudio, hasta 1989, las principales fuentes de financiamiento en orden de importancia fueron: el MINSA, Donaciones y Créditos de Cooperación Externa y el Ministerio de Gobernación. En los años durante los cuales no hubieron créditos de Cooperación Externa, el MINGOB sólo fue superada como fuente de financiamiento por el MINSA y las donaciones de cooperación externa.

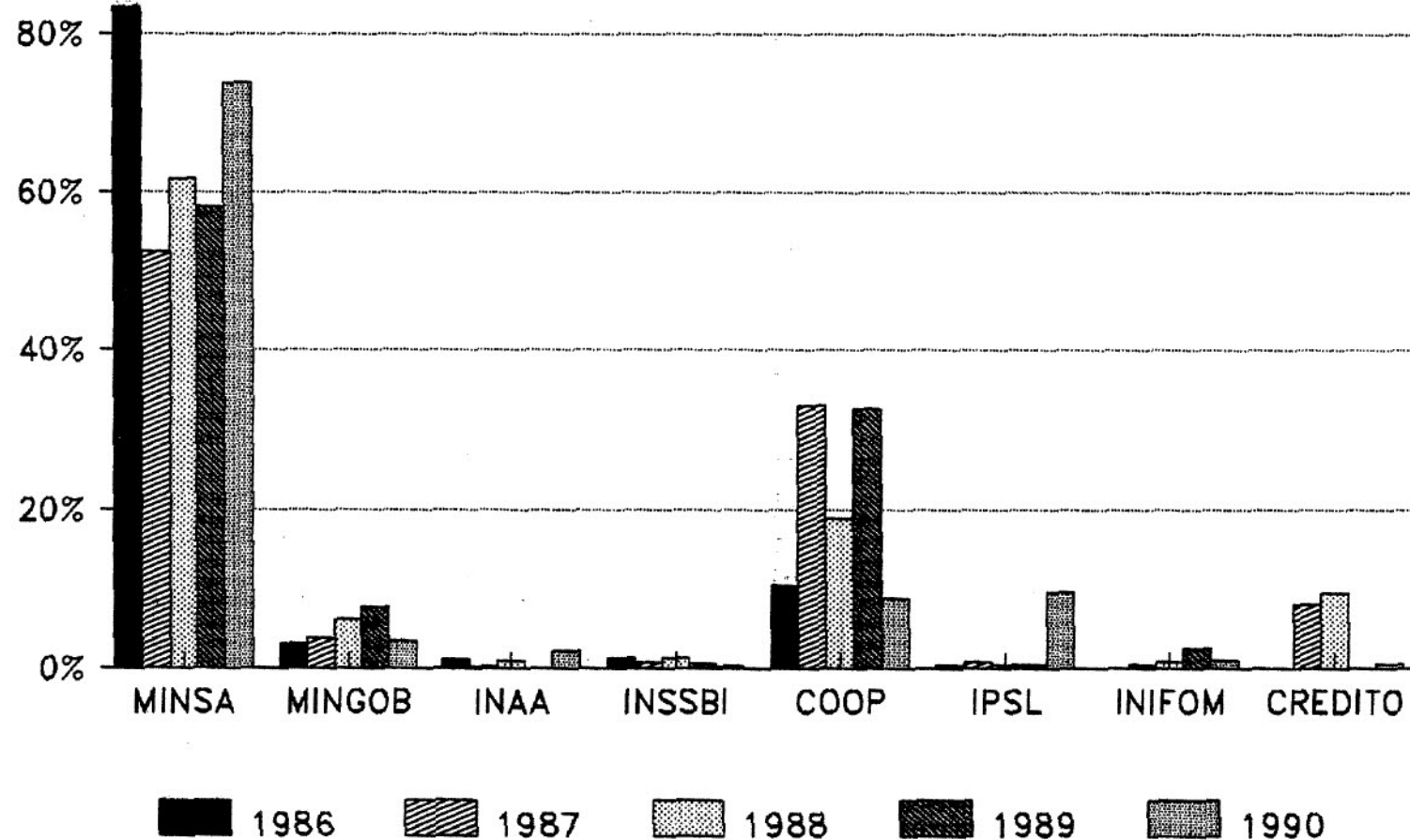
CUADRO NO 1
FUENTES DE FINANCIAMIENTO
POR DISTRIBUCION PORCENTUAL
1986 - 1990

Institución financiador	1986 %	1987 %	1988 %	1989 %	1990 %
MINSA	83.26	52.52	61.55	56.83	73.83
MINGOB	3.25	3.90	6.16	7.51	3.49
INAA	1.26	0.22	0.96	0.12	2.16
INSSBI	1.49	0.82	1.35	0.69	0.29
DONAC.C.EXT	10.37	33.07	18.91	31.93	8.87
INIFOM	NHD	0.47	0.95	2.40	1.90
I.P.S.L.	0.36	0.87	0.53	0.52	9.65
CRED.C.EXT	NHD	8.12	9.58	NHD	0.61
TOTAL	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

FUENTE: ORIGINAL

La tendencia del gasto sanitario por institución financiadora es a la disminución. El MINSA tuvo este mismo comportamiento. En 1986 y 1990 fueron los años en que tuvo la mayor participación.

GRAFICO N.1
INSTITUCIONES FINANCIADORAS. 1986-1990



FUENTE: ORIGINAL

Análisis del Gasto Sanitario

- Los datos disponibles de Cooperación Externa a partir de 1987, muestran un comportamiento irregular observándose la mayor cooperación en los años 1987 y 1989. En 1990, la cooperación externa disminuyó drásticamente, de un 31.9% en 1989 a un 8.87% en 1990, ocupando el segundo lugar las IPSL con una aportación del 9.65%.

- Los montos de Crédito de Cooperación Externa tuvieron una tendencia al descenso durante los años en que hubo préstamos: 1987, 1988 y 1990, aunque en 1988 presentó un aumento en relación al año anterior.

- El MINGOB, tuvo una reducción sustancial del presupuesto asignado, de un 55% en 1990 con relación a 1989. Desconociendo la información de los años anteriores a 1990, se hizo una estimación lineal del financiamiento para estos años, tomando como base el porcentaje de reducción.

La información disponible de 1990, en esta institución, corresponde a salarios y gastos administrativos de la Sede Central, medicamentos y materiales a nivel Nacional distribuidos por regiones. A pesar de esto observamos que en el período de estudio es una fuente importante de financiamiento.

- El INAA tuvo un comportamiento irregular, aportando un mayor financiamiento durante los años 1986, 1988 y 1990. Las actividades incluidas del INAA, solo representaron el 2.16% en 1990, año en el que aportó más como fuente financiadora.

- INIFOM aumenta cada año su financiamiento hasta 1988, con una caída importante en 1990 de 55% en comparación a 1989. En cuanto al aporte de INIFOM es mínimo, financiando un máximo de 2.4% en 1989.

- Las I.P.S.L tuvieron un comportamiento irregular, observándose el mayor financiamiento en el año 1990.

- El INSSBI tuvo una tendencia al decrecimiento, aportando entre 1.49% en 1986 a 0.29% en 1990.

Gasto Privado Familiar:

Sobre esta fuente de financiamiento existe muy poca información. A partir del estudio de Encuesta de Hogares realizado por INEC en 1985, se logró hacer una estimación del gasto familiar en salud del 0.023% en relación al ingreso familiar. Los datos del Banco Mundial indican que el consumo privado total sobre el PIB es del 60%.

Análisis del Gasto Sanitario

En base a lo anterior el MINSA calcula un gasto privado del 50% en relación a su presupuesto.

CUADRO NO 2
RELACION GASTO PRIVADO GASTO TOTAL
EN MILLONES DE CORDOBAS DE 1980.
1986 - 1990

AÑO	1/Gasto privado	2/Gasto Total	GP/GT%
1986	299.6	772.6	38
1987	297.5	691.0	43
1988	257.7	507.0	50
1989	244.5	204.4	54
1990	247.0	198.2	55

FUENTE: 1/ INFORME PRELIMINAR FINANCIERO
DEL MINSA. 1990.
2/ ORIGINAL.

Siguiendo la metodología utilizada por el MINSA, nuestras estimaciones muestran una tendencia al crecimiento del gasto privado familiar, solo se pudo realizar una estimación de manera lineal, debido a que es el único dato que existe sobre este aspecto.

2) Análisis de las Fuentes de Financiación

El MINSA es el órgano rector de la administración y prestación de servicios de salud, y no el responsable absoluto de la salud de la población; a pesar de esto, las otras instituciones que debieron estar involucradas como corresponsables de la Salud / Enfermedad de la población nicaragüense, no aportaron de manera significativa en correspondencia con la importancia que tienen sus actividades en este proceso.

Se plantea lo anterior, tomando como ejemplo el agua, que es un elemento indispensable para la salud y la prevención de las enfermedades de mayor aporte a la morbi-mortalidad del país, como es el caso de las Enfermedades Diarreicas, existe

Análisis del Gasto Sanitario

un insuficiente abastecimiento de agua. El INAA da una cobertura solo del 51% de la población, el 42% de estas fuentes de abastecimiento presentan deficiencias en cantidad de agua y el 49% de los acueductos brindan un suministro no permanente (20), y lo que es más importante la relación agua tratada versus agua producida es de 59% en 1989 (2). Esto es producto, entre otras causas, por el escaso financiamiento de esta institución.

Al igual que INAA, en INIFOM el escaso financiamiento se traduce en una baja cobertura de los servicios, ya que solamente el 56% de los municipios cuentan con un regular sistema de recolección de basura, y no se aplica ningún método de tratamiento, recuperación y reciclaje de la misma, con excepción de Managua (20). Recordamos que el estudio no incluye el municipio de Managua, por falta de acceso a esa información.

En el MINGOB suponemos que el financiamiento pudo ser mayor, debido a que la información disponible no incluye los gastos administrativos, de personal y operativo de los servicios médicos de las regiones.

Es importante enfatizar que el MINGOB tenía una población objetivo muy limitada, dado que sólo atendía a su personal y los familiares. Es lógico pensar que el gasto per cápita en esta población debió ser mayor que en la población general.

Aunque no fue posible disponer de los gastos efectuados por los servicios médicos del Ejército Popular Sandinista, considerando la situación de guerra que vivía el país, la prioridad que se le dio a las fuerzas armadas en el período y la mayor cantidad de unidades de salud, hace pensar que pudo ser una fuente importante de financiamiento, superior a la del Ministerio de Gobernación.

El alto porcentaje del gasto privado familiar en salud, pudo haber sido producto del alto consumo de medicamentos por la población, aún sin indicación médica y por la política del gobierno de proporcionar medicamentos solo a los grupos priorizados, el resto debían comprarlos, sobre todo en los últimos años del quinquenio en estudio.

El cálculo de esta estimación, se realizó de manera lineal ya que no existen otros estudios que indiquen el consumo año con año de las familias. Consideramos que este gasto tiene tendencia a aumentar en la actualidad sobre todo por la insuficiente abastecimiento de los servicios de salud en cuanto a medicamentos, materiales de reposición, de

Análisis del Gasto Sanitario

laboratorio, de odontología etc. Se conoce que aunque la población sea atendida en el sistema público se ve obligada a comprar los medicamentos y algunos servicios intermedios (laboratorio, rayos X, etc) en el sistema privado.

3) Tipos de Servicios (ver gráfico No 2).

En los años 1986 a 1988 la distribución del gasto por tipo de servicio es similar, siendo mayor para la atención hospitalaria, con variación entre un 40.8% y 44.6%, seguido de promoción y prevención (asistencia primaria), con un porcentaje entre 37.3 y 40.6. En 1989 y 1990 la relación se invierte asignando a la promoción y prevención un 44.5% y 42.7% respectivamente y un 39.6% y 35.5% para gastos hospitalarios.

Esta tendencia observada en 1989 cuando el gasto de promoción y prevención aumenta en un 9% en relación al año anterior; se debe a una redistribución de los montos, disminuyéndose el 5% de lo gastado en actividades centrales y solo un 3% del gasto en hospitales.

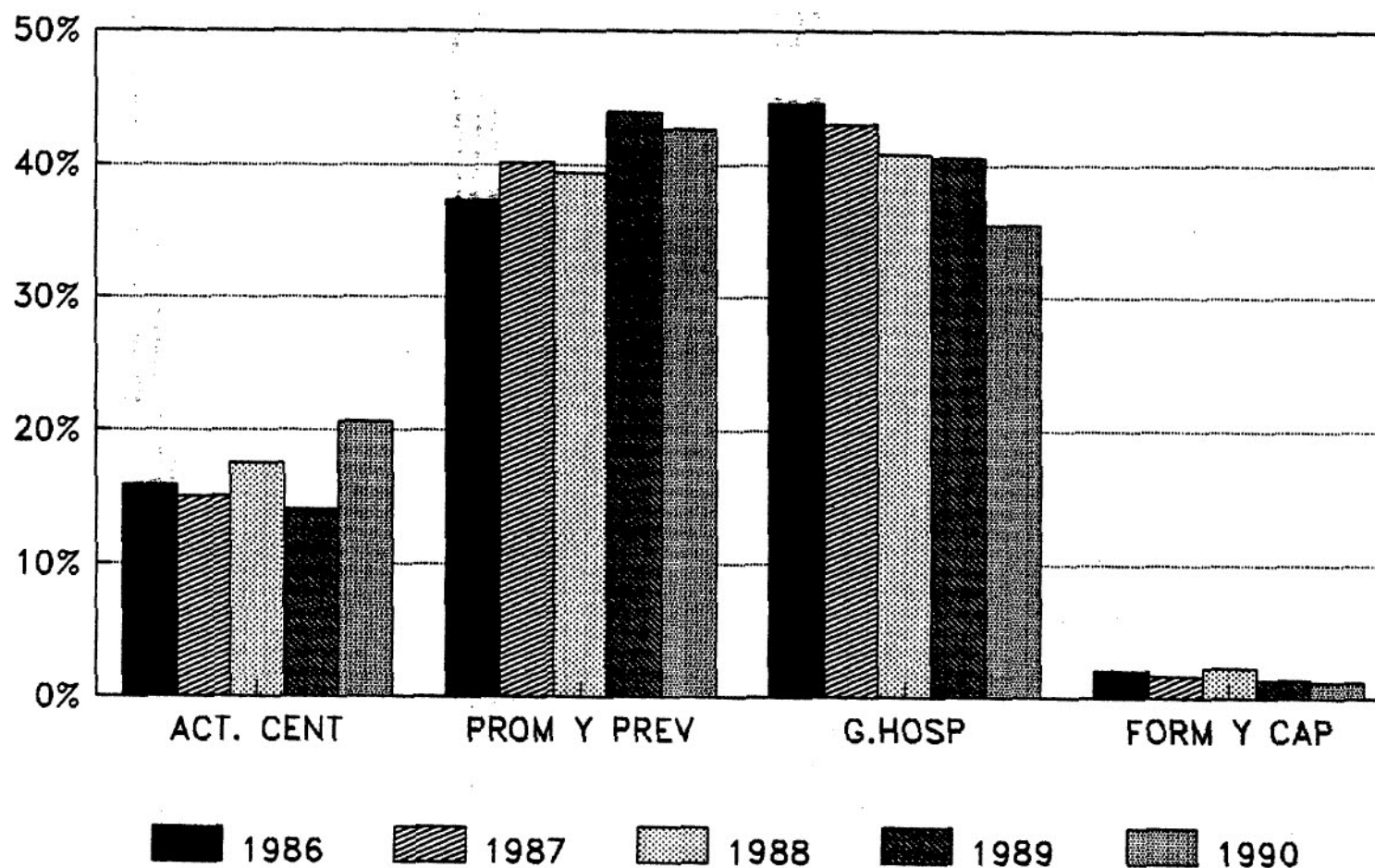
En 1990 el gasto hospitalario disminuye en un 4.1% y las actividades de promoción y prevención en un 1.8% en comparación al año anterior, reasignando estos recursos básicamente a las actividades centrales.

Durante todo el período de estudio las actividades centrales ocuparon el tercer lugar con una asignación mínima de 14.5% y máxima de 20.6%. Por último formación y capacitación que recibió recursos entre 1.12% y 2.23%.

Cabe destacar que un análisis más detallado de tipo de servicio relacionado con rubro económico no se pueden realizar porque el presupuesto se ejecuta por objeto de gasto y no por programa, siendo la limitación mas importante en el análisis cualitativo y de costos de las actividades finales e intermedias.

Se tiene, además que considerar que en el primer nivel de atención, se atiende el 80% de los problemas y necesidades de salud de la población y el 15 a 20% en atención secundaria, a pesar de esto la distribución de los recursos no correspondió a esta premisa, ya que como se mencionó anteriormente la mayoría de los recursos se dirigen a los hospitales, que debería realizarse en cada una de las instituciones estudiadas para buscar mayor impacto, calidad y eficiencia.

GRAFICO N.2 INSTITUCIONES FINANCIADORAS TIPO DE SERVICIO 1986-1990



FUENTE: ORIGINAL

Análisis del Gasto Sanitario

4) Descripción por Región (ver cuadros 3 al 7 y gráfico No. 3)

La financiación no se obtuvo clasificada por regiones en su totalidad, en especial la del INAA y OPS-OMS, que correspondió sólo a un 2.67% y un 17.8%, por lo tanto, podemos decir que la orientación que tiene el resto del gasto por regiones que se describe es representativo del total.

Las regiones que recibieron mayor financiamiento, en orden descendente fueron: III, I, II y IV, con variaciones poco importante entre los años y las regiones del atlántico recibieron el menor porcentaje del financiamiento.

La región III se caracterizó por tener una tendencia al aumento a partir de 1988 y por recibir un mayor porcentaje durante todo el período de estudio. La región I tuvo un comportamiento irregular con financiamiento menor al 8% en los años 1986 y 1988. La región II y la IV tuvieron un comportamiento bastante estable, recibiendo el menor financiamiento en los años en 1987 y 1989 respectivamente.

El resto de regiones del país recibieron el menor financiamiento, aunque tuvieron un comportamiento estable en todo el período, con muy pocas excepciones.

5) Análisis del financiamiento por Regiones

Se observa que existen diferencias importantes en el gasto per cápita por regiones entre un año y otro, con una tendencia constante al decremento; sin embargo, en la región I tuvo fluctuaciones muy irregulares del gasto per cápita durante todo el período (Ver cuadro No 8).

Entre las regiones del Pacífico, la región III tuvo el gasto per cápita más alto, a excepción de 1987, año en que la región I alcanzó su mayor asignación. Este fenómeno podría ser explicado, primero por que la región III concentra un tercio de la población y segundo, por que el 27% del total de los hospitales se concentran en la misma, hecho que tiende a aumentar la asignación de los recursos; además, estos son de referencia nacional.

En las regiones del Pacífico los indicadores de salud se encuentran más deteriorados en la región: VI, II y V(2), pese a esto la distribución per cápita del gasto es mayor en la I, la III y la IV. No se encontró coherencia entre el gasto y las necesidades de la población.

CUADRO N.3
GASTOS SANITARIOS
POR INSTITUCIONES FINANCIADORAS
POR REGIONES
1986

INSTITUCION FINANCIADORA	MINSA		INAA		INIFOM		INSSBI		IPSL		MINGOB		COOPERACION EXTERNA		CREDITO COOP. EXTERNA		TOTALES	
		%		%		%		%		%		%		%		%		%
REGION I	24.562.860	6,24		0,00		0,00	8.716	0,12	143.481	8,41	136.695	0,89		0,00		0,00	24.851.752	5,25
REGION II	57.670.201	14,64		0,00		0,00	869.195	12,30	142.131	8,33	103.754	0,68		0,00		0,00	58.785.280	12,43
REGION III	141.622.577	35,96		0,00		0,00	6.093.074	86,24	310.307	18,19	14.746.685	96,01		0,00		0,00	162.772.643	34,41
REGION IV	49.182.863	12,49		0,00		0,00	59.406	0,84	224.982	13,18	107.456	0,70		0,00		0,00	49.574.707	10,48
REGION V	23.924.209	6,07		0,00		0,00	13.777	0,20	303.085	17,76	91.740	0,60		0,00		0,00	24.332.811	5,14
REGION VI	24.707.397	6,27		0,00		0,00	20.716	0,29	452.141	26,50	99.381	0,65		0,00		0,00	25.279.635	5,34
RAAN	13.488.985	3,43		0,00		0,00		0,00	56.263	3,30	26.213	0,17		0,00		0,00	13.571.462	2,87
RAAS	11.845.299	3,01		0,00		0,00		0,00		0,00	48.264	0,31		0,00		0,00	11.893.563	2,51
Z.E. III	4.858.791	1,23		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	4.858.791	1,03
NIVEL CENTRAL	41.969.466	10,66		0,00		0,00		0,00	73.985	4,34		0,00		0,00		0,00	42.043.451	8,89
NACIONAL		0,00	5.968.584	100,00		0,00		0,00		0,00		0,00	49.063.642	100,00		0,00	55.032.225	11,63
TOTALES	393.832.646	100,00	5.968.584	100,00	0	0,00	7.064.884	100,00	1.706.376	100,00	15.360.188	100,00	49.063.642	100,00	0	0,00	472.996.320	100,00

CUADRO N.4
GASTOS SANITARIOS
POR INSTITUCIONES FINANCIADORAS
POR REGIONES
1987

INSTITUCION FINANCIADORA	MINSAL	%	INAA	%	INIFOM	%	INSSBI	%	IPSL	%	MINGOB	%	COOPERACION EXTERNA	%	CREDITO COOP. EXTERNA	%	TOTALES	%
REGION I	14.845.652	7,18	0,00		412.060	22,22	1.947	0,06	201.817	5,92	136.695	0,89	22.549.914	17,32	31.243.265	97,71	69.391.349	17,63
REGION II	29.201.930	14,13	0,00		422.838	22,80	377.266	11,66	584.385	17,13	103.754	0,68	0,00		0,00		30.690.172	7,80
REGION III	70.520.208	34,12	0,00		196.116	10,57	2.808.098	86,77	657.281	19,27	14.746.685	96,01	15.001.561	11,53	732.265	2,29	104.662.214	26,59
REGION IV	26.075.512	12,62	0,00		464.119	25,02	32.893	1,02	720.209	21,11	107.456	0,70	17.175.612	13,20	0,00		44.575.801	11,33
REGION V	13.021.947	6,30	0,00		242.770	13,09	9.116	0,28	572.543	16,79	91.740	0,60	268.929	0,21	0,00		14.207.045	3,61
REGION VI	16.742.503	8,10	0,00		0,00		6.757	0,21	527.235	15,46	99.381	0,65	0,00		0,00		17.375.876	4,42
RAAN	7.027.717	3,40	0,00		25.150	1,36	0,00		0,00		26.213	0,17	0,00		0,00		7.079.080	1,80
RAAS	5.787.532	2,80	0,00		3.526	0,19	0,00		147.433	4,32	48.264	0,31	0,00		0,00		5.986.755	1,52
Z.E. III	3.307.161	1,60	0,00		88.074	4,75	0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		3.395.235	0,86
NIVEL CENTRAL	20.172.125	9,76	0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		5.717.872	4,39	0,00		25.889.997	6,58
NACIONAL	0,00		853.027	100,00	0,00		0,00		0,00		0,00		69.448.759	53,36	0,00		70.301.786	17,86
TOTALES	206.702.287	100,00	853.027	100,00	1.854.655	100,00	3.236.076	100,00	3.410.902	100,00	15.360.188	100,00	130.162.646	100,00	31.975.529	100,00	393.555.311	100,00

FUENTE: ORIGINAL

CUADRO N.5
GASTOS SANITARIOS
POR INSTITUCIONES FINANCIADORAS
POR REGIONES
1988

INSTITUCION FINANCIADORA	MINSAL		INAA		INIFOM		INSSBI		IPSL		MINGOB		COOPERACION EXTERNA		CREDITO COOP. EXTERNA		TOTALES	
REGION I	10.897.245	7,10	0,00		124.638	5,26	1.472	0,04	78.055	5,96	136.695	0,89	4.725.391	10,02	285.605	1,20	16.249.100	6,52
REGION II	23.637.207	15,40	0,00		739.974	31,24	258.769	7,66	112.187	8,56	103.754	0,68		0,00		0,00	24.851.891	9,97
REGION III	47.274.414	30,80	0,00		0,00		3.091.496	91,48	483.554	36,91	14.746.685	96,01	3.910.786	8,29		0,00	69.506.936	27,87
REGION IV	18.879.354	12,30	0,00		1.009.239	42,60	16.132	0,48	50.665	3,87	107.456	0,70	875.655	1,86	744.329	3,12	21.682.828	8,70
REGION V	8.748.408	5,70	0,00		182.226	7,69	1.458	0,04	300.614	22,95	91.740	0,60		0,00		0,00	9.324.445	3,74
REGION VI	12.432.843	8,10	0,00		279.546	11,80	10.007	0,30	255.138	19,47	99.381	0,65		0,00		0,00	13.076.915	5,24
RAAM	6.446.511	4,20	0,00		28.819	1,22		0,00		0,00	26.213	0,17		0,00		0,00	6.501.543	2,61
RAAS	5.064.973	3,30	0,00		4.406	0,19		0,00	29.914	2,28	48.264	0,31		0,00		0,00	5.147.557	2,06
Z.E. III	2.455.957	1,60	0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	0,00	6.059.360	12,85		0,00	8.515.317	3,41
NIVEL CENTRAL	17.650.875	11,50	0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	0,00	1.572.162	3,33	22.862.733	95,69	42.085.770	16,88
NACIONAL		0,00	2.400.876	100,00	0,00		0,00		0,00		0,00	0,00	30.021.391	63,65		0,00	32.422.268	13,00
TOTALES	153.487.786	100,00	2.400.876	100,00	2.368.847	100,00	3.379.334	100,00	1.310.125	100,00	15.360.188	100,00	47.164.746	100,00	23.892.666	100,00	249.364.569	100,00

FUENTE: ORIGINAL

CUADRO N.6
GASTOS SANITARIOS
POR INSTITUCIONES FINANCIADORAS
POR REGIONES
1989

INSTITUCION FINANCIADORA	MINSA		INAA		INIPOM		INSSBI		IPSL		MINGOB		COOPERACION EXTERNA		CREDITO COOP. EXTERNA		TOTALES	
REGION I	8.769.789	7,55	0,00		305.588	6,22	7.331	0,52	37.315	3,50	136.695	0,89	17.722.452	27,15	0,00		26.979.169	13,19
REGION II	18.415.077	15,85	0,00		1.524.609	31,05	449.741	31,90	55.568	5,22	103.754	0,68	0,00		0,00		20.548.748	10,05
REGION III	38.617.170	33,23	0,00		382.705	7,79	922.040	65,40	710.064	66,66	14.746.685	96,01	19.314.229	29,59	0,00		74.692.892	36,53
REGION IV	14.642.341	12,60	0,00		1.305.642	26,59	25.377	1,80	39.010	3,66	107.456	0,70	448.992	0,69	0,00		16.568.818	8,10
REGION V	7.189.366	6,19	0,00		369.444	7,52	1.410	0,10	67.841	6,37	91.740	0,60	68.021	0,10	0,00		7.787.821	3,81
REGION VI	9.768.209	8,41	0,00		937.034	19,08	3.048	0,28	112.041	10,52	99.381	0,65	0,00		0,00		10.920.613	5,34
PAAN	4.825.838	4,15	0,00		51.779	1,05	0,00		0,00		26.213	0,17	0,00		0,00		4.903.831	2,40
PAAS	3.880.847	3,34	0,00		0,00		0,00		43.304	4,07	48.264	0,31	0,00		0,00		3.972.415	1,94
Z.E. III	1.860.548	1,60	0,00		33.173	0,68	0,00		0,00		0,00		3.183.837	4,88	0,00		5.077.558	2,48
NIVEL CENTRAL	7.736.201	6,66	0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		8.025.978	12,29	0,00		15.762.179	7,71
NACIONAL	509.567	0,44	241.596	100,00	0,00		0,00		0,00		0,00		16.519.300	25,30	0,00		17.270.464	8,45
TOTALES	116.214.952	100,00	241.596	100,00	4.909.973	100,00	1.409.847	100,00	1.065.142	100,00	15.360.188	100,00	65.282.810	100,00	0	0,00	204.484.509	100,00

FUENTE: ORIGINAL

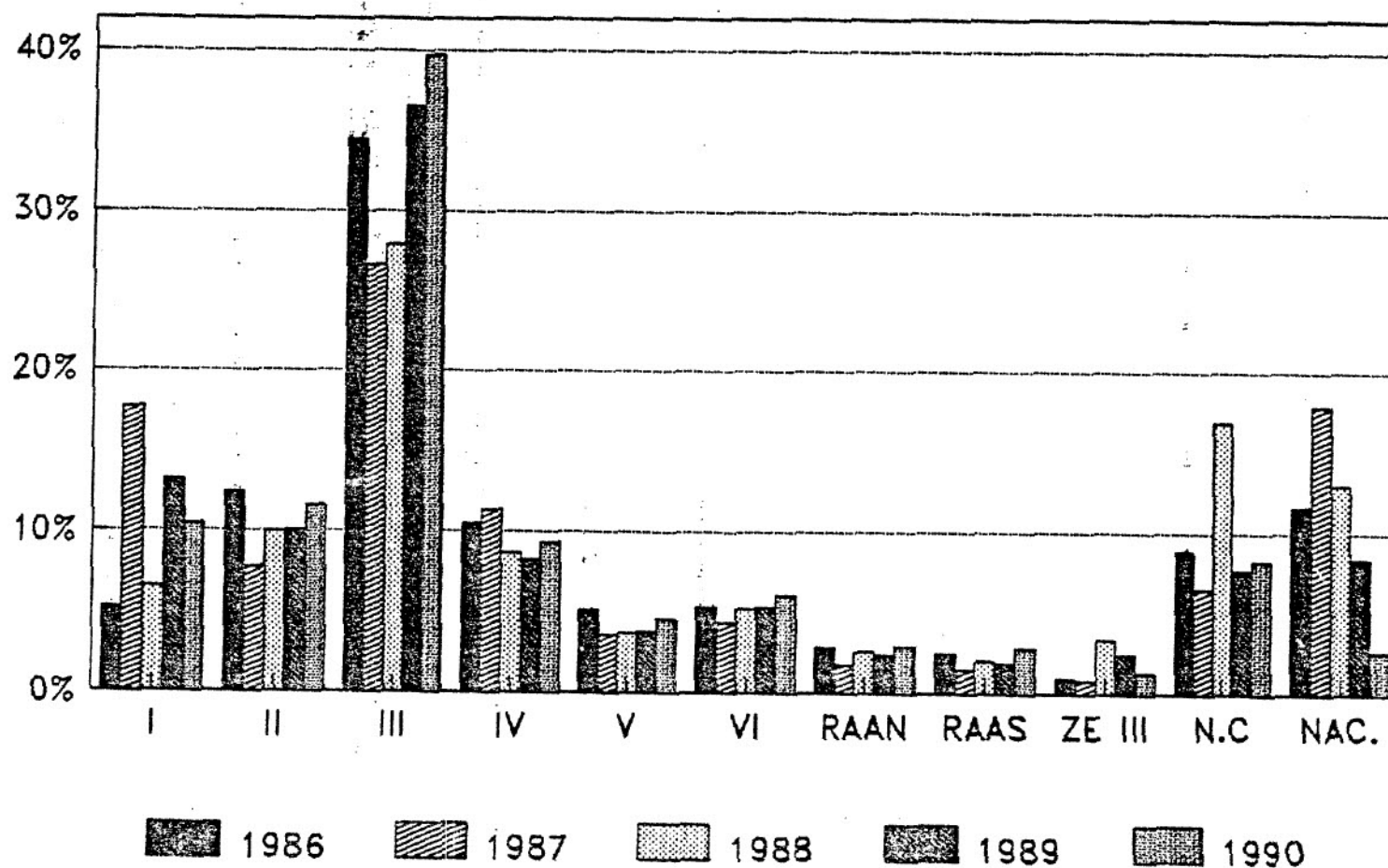
CUADRO N.7
GASTOS SANITARIOS
POR INSTITUCIONES FINANCIADORAS
POR REGIONES
1990

INSTITUCION FINANCIADORA	MINSA	%	INAA	%	INIFOM	%	INSSBI	%	IPSL	%	MINGOB	%	COOPERACION EXTERNA	%	CREDITO COOP. EXTERNA	%	TOTALES	%
REGION I	10.215.541	6,98	0,00		198.457	9,10	3.901	0,67	73.630	0,38	61.513	0,89	9.035.976	51,39	1.145.895	94,51	20.734.912	10,46
REGION II	21.890.445	14,95	0,00		701.104	32,15	220.440	37,82	122.788	0,64	46.689	0,68		0,00		0,00	22.981.466	11,59
REGION III	47.415.286	32,39	0,00		137.416	6,30	340.848	58,48	18.611.711	97,26	6.636.008	96,01	5.529.439	31,45	66.534	5,49	78.737.242	39,71
REGION IV	17.512.356	11,96	0,00		445.893	20,45	11.756	2,02	51.252	0,27	48.355	0,70	505.693	2,88		0,00	18.575.305	9,37
REGION V	8.756.178	5,98	0,00		147.965	6,79	14	0,00	104.708	0,55	41.283	0,60	84.503	0,48		0,00	9.134.651	4,61
REGION VI	11.674.904	7,98	0,00		369.641	16,95	5.855	1,00	65.301	0,34	44.722	0,65		0,00		0,00	12.160.422	6,13
RAAN	5.837.452	3,99	0,00		4.643	0,21		0,00	32.732	0,17	11.796	0,17		0,00		0,00	5.886.623	2,97
RAAS	5.545.579	3,79	0,00		86.286	3,96		0,00	29.064	0,15	21.719	0,31		0,00		0,00	5.682.649	2,87
Z.E. III	2.336.335	1,60	0,00		89.262	4,09		0,00	44.905	0,23		0,00	184.768	1,05		0,00	2.655.270	1,34
NIVEL CENTRAL	14.593.630	9,97	0,00			0,00		0,00		0,00		0,00	1.826.002	10,38		0,00	16.419.631	8,28
NACIONAL	610.547	0,42	4.273.583	100,00		0,00		0,00		0,00		0,00	417.723	2,38		0,00	5.301.854	2,67
TOTALES	146.388.252	100,00	4.273.583	100,00	2.180.668	100,00	582.814	100,00	19.136.092	100,00	6.912.085	100,00	17.584.103	100,00	1.212.428	100,00	198.270.025	100,00

GRAN TOTAL 1.518.670.734

FUENTE: ORIGINAL

GRAFICO N.3 INSTITUCIONES FINANCIADORAS
POR REGIONES. 1986-1990



FUENTE: ORIGINAL

Análisis del Gasto Sanitario

En las regiones del Atlántico los costos tienden a aumentar debido a la dispersión de la población dentro de su territorio, lo que obliga al desplazamiento del personal involucrado en la prestación de servicios, y a la instalación de unidades que atienden a una población muy reducida.

También es importante señalar el alto costo que origina el traslado de los insumos utilizados desde las regiones del Pacífico, específicamente desde Managua, así como el pago de zonaje al personal de salud(incentivo por la distancia del lugar de origen del personal). También el aumento del gasto per cápita en algunos de los años con la construcción de hospitales en estas regiones.

CUADRO NO 8
GASTO PERCAPITA POR REGIONES
EN CÓRDOBAS CONSTANTES DE 1980.
PERÍODO 1986 - 1990

REGIONES	1986	1987	1988	1989	1990
I	74.76	208.70	45.97	74.06	54.95
II	99.79	50.44	39.32	32.09	34.37
III	179.32	110.17	70.99	72.96	74.14
IV	81.94	71.34	33.27	24.64	26.64
V	76.59	44.13	27.97	22.82	26.15
VI	58.72	38.49	28.81	23.56	25.49
RAAN	125.31	61.93	55.85	40.29	46.57
RAAS	214.30	102.34	84.80	61.30	84.83
ZE III	127.19	86.17	205.68	116.46	57.97

FUENTE: ORIGINAL

Análisis del Gasto Sanitario

7.2.2. Descripción y Análisis Individualizado

1) Descripción por Tipos de Servicios: (ver cuadros del 9 al 13).

El MINSA mantuvo la misma estructura de gasto durante todo el período, asignando entre el 45.3% y 52.2% a los hospitales, un mínimo de 30.2% y un máximo de 38.8% a la promoción y prevención, las actividades de formación y capacitación vemos que durante todo el período tuvieron una asignación máxima del 3% en 1988.

Debido a que en el MINGOB los datos son estimados en base a 1990, y por el tipo de información de la cual se pudo disponer, que fue descrita anteriormente, observamos que el 87.4% esta destinada a las actividades centrales y una proporción de 4% a las actividades de promoción y prevención y el 8.6% a los hospitales.

La información de 1986 de Cooperación Externa sólo corresponde al financiamiento de la OPS- OMS y no estaba clasificada por tipo de servicios. Según los fondos de los siguientes años de esta institución más del 90% es asignado a promoción y prevención y el 4.4% a la formación y capacitación de recursos humanos.

El resto de información disponible de Cooperación Externa no incluye las actividades de formación y capacitación; esta no contabiliza en sus registros la ayuda proporcionada a becarios fuera y dentro del país y es una información poco accesible debido a que cada país tiene formas propias de cuantificación y manejo..

En 1987 la Cooperación Externa asignó la mayor parte de su financiamiento a los hospitales, el 53.0% y a la promoción y prevención el 42%. A partir de 1988 esta tendencia cambió asignando más del 60% a las actividades de promoción y prevención y máximo 36.8% a los hospitales. En cuanto a las actividades centrales no superó en todo el período el 3.8%

Los créditos canalizados a través de Cooperación Externa tuvieron un comportamiento irregular, observamos que en 1987 estos fueron asignados a promoción y prevención en un 100%, con un comportamiento similar en 1990. En 1988 el 100% fue asignado a los hospitales.

En el INIFOM solamente se incluyeron las actividades que tienen que ver directamente con la salud, por lo tanto el 100% de los recursos se clasifican en la promoción y

CUADRO N.9
GASTOS SANITARIOS
POR INSTITUCIONES FINANCIADORAS
1986

INSTITUCION FINANCIADORA	ACTIVIDAD CENTRAL	%	PROMOCION Y PREVENCION	%	GASTOS HOSPITALARIOS	%	FORMACION Y CAPACITACION	%	TOTALES	%
MINSA	59.423.102	15,1	119.092.638	30,2	205.390.259	52,2	9.926.647	2,5	393.832.646	83,3
MINGOB	13.420.212	87,4	613.503	4,0	1.326.473	8,6	0	0,0	15.360.188	3,2
INAA	1.100.160	18,4	4.868.424	81,6		0,0		0,0	5.968.584	1,3
INSSBI		0,0	2.684.656	38,0	4.380.228	62,0		0,0	7.064.884	1,5
COOP EXTERNA		0,0	46.904.841	95,6		0,0	2.158.800	4,4	49.063.642	10,4
IPSL	73.985	4,3	1.578.740	92,5		0,0	53.601	3,1	1.706.326	0,4
TOTALES	74.017.460	15,65	175.742.802	37,16	211.096.960	44,63	12.139.048	2,57	472.996.270	100,0

FUENTE: ORIGINAL

CUADRO N.11
GASTOS SANITARIOS
POR INSTITUCIONES FINANCIADORAS
1988

INSTITUCION FINANCIADORA	ACTIVIDAD CENTRAL	%	PROMOCION Y PREVENCION	%	GASTOS HOSPITALARIOS	%	FORMACION Y CAPACITACION	%	TOTALES	%
MINSA	28.395.060	18,5	50.803.789	33,1	69.684.143	45,4	4.604.794	3,0	153.487.786	61,6
MINGOB	13.420.212	87,4	613.503	4,0	1.326.473	8,6	0	0,0	15.360.188	6,2
INAA	390.649	16,3	2.010.227	83,7		0,0		0,0	2.400.876	1,0
INSSBI		0,0	1.284.147	38,0	2.095.187	62,0		0,0	3.379.334	1,4
COOP. EXTERNA	303.852	0,6	41.071.055	87,1	4.773.414	10,1	1.016.425	2,2	47.164.746	18,9
IPSL	188.375	14,4	1.096.168	83,7		0,0	25.582	2,0	1.310.125	0,5
INIFOM		0,0	2.368.847	100,0		0,0		0,0	2.368.847	0,9
CRED. COOP EXT		0,0		0,0	23.892.666	100,0		0,0	23.892.666	9,6
TOTALES	42.698.148	17,12	99.247.736	39,8	101.771.884	40,8	5.646.800	2,3	249.364.569	100,0

FUENTE: ORIGINAL

CUADRO N.12
GASTOS SANITARIOS
POR INSTITUCIONES FINANCIADORAS
1989

INSTITUCION FINANCIADORA	ACTIVIDAD CENTRAL	%	PROMOCION Y PREVENCION	%	GASTOS HOSPITALARIOS	%	FORMACION Y CAPACITACION	%	TOTALES	%
MINSA	14.187.346	12,2	45.044.445	38,8	54.761.059	47,1	2.222.202	1,9	116.215.052	56,8
MINGOB	13.420.212	87,4	613.503	4,0	1.326.473	8,6		0,0	15.360.188	7,5
INAA	55.472	23,0	186.125	77,0		0,0		0,0	241.596	0,1
INSSBI		0,0	535.742	38,0	874.105	62,0		0,0	1.409.847	0,7
COOP. EXTERNA	264.255	0,4	40.393.028	61,9	24.035.669	36,8	589.857	0,9	65.282.810	31,9
IPSL	133.394	12,5	910.557	85,5		0,0	21.191	2,0	1.065.142	0,5
INIFOM		0,0	4.909.973	100,0		0,0		0,0	4.909.973	2,4
TOTALES	28.060.680	13,7	92.593.373	45,3	80.997.306	39,6	2.833.250	1,4	204.484.609	100,0

FUENTE: ORIGINAL

CUADRO N.13
GASTOS SANITARIOS
POR INSTITUCIONES FINANCIADORAS
1990

INSTITUCION FINANCIADORA	ACTIVIDAD CENTRAL	%	PROMOCION Y PREVENCION	%	GASTOS HOSPITALARIOS	%	FORMACION Y CAPACITACION	%	TOTALES	%
MINSA	21.890.445	15,0	55.795.319	38,1	66.367.510	45,3	2.334.981	1,6	146.388.255	73,8
MINOGOB	6.039.096	87,4	276.076	4,0	596.913	8,6	0	0,0	6.912.085	3,5
INAA	600.084	14,0	3.673.499	86,0		0,0		0,0	4.273.583	2,2
INSSBI		0,0	221.469	38,0	361.345	62,0		0,0	582.814	0,3
COOP. EXTERNA	407.203	2,3	14.030.966	79,8	3.145.933	17,9		0,0	17.584.103	8,9
IPSL	3.257.119	17,0	15.867.321	82,9		0,0	11.652	0,1	19.136.092	9,7
INIFOM		0,0	2.180.668	100,0		0,0		0,0	2.180.668	1,1
CRED. COOP EXT	66.534	5,5	1.145.895	94,5		0,0		0,0	1.212.428	0,6
TOTALES	32.260.480	16,3	93.191.214	47,0	70.471.701	35,5	2.346.633	1,2	198.270.028	100,0

FUENTE: ORIGINAL

Análisis del Gasto Sanitario

prevención. Fue imposible distinguir del total de las actividades centrales la parte que le correspondía a lo abarcado en este estudio.

Durante todo el período de estudio, INAA asignó más del 78% de sus recursos a la promoción y prevención y el resto a las actividades centrales.

Durante todo el período las Instituciones Privadas sin Fines de Lucro asignaron más del 80% a la promoción y prevención y en actividades centrales mínimo un 4.3% en 1986 y un máximo un 17.4% en 1987, el resto de los años el comportamiento fue similar a 1987. La formación y capacitación tuvo una asignación máxima de 4.3% en 1987.

2) Análisis por Tipo de Servicios

A pesar que la promoción y prevención fue considerada la principal prioridad del Ministerio de Salud, siempre tuvo una asignación menor a la de los hospitales. También es importante señalar que a pesar de la gran importancia que se le debió conceder a las actividades de formación y capacitación, éstas en la práctica recibieron escaso financiamiento.

En el Ministerio de Gobernación, seguramente se reduciría el alto porcentaje asignado a las actividades centrales y por ende aumentaría el gasto en los otros tipos servicios, si dispusiéramos no sólo de los gastos en medicamentos de las regiones, sino de sus gastos totales.

Los recursos asignados de parte de Cooperación Externa, tanto en créditos como en donaciones, en su mayor parte se orientaron a la promoción y prevención, lo cual se relaciona con las políticas descritas en la meta de "Salud para todos en el año 2000 y Estrategia de Atención Primaria" (21).

Debido a las actividades incluidas en este estudio, tanto en el INAA como en INIFOM, es lógica la alta asignación de sus recursos económicos a las actividades de promoción y prevención, en el conjunto de todas sus actividades finales es de esperar que esta orientación de los recursos tenga variaciones.

Análisis del Gasto Sanitario

7.3. INSTITUCIONES PRESTADORAS

7.3.1 Análisis Global de las Instituciones Prestadoras

1) Análisis por Institución Prestadora:

CUADRO NO 14
GASTO PORCENTUAL POR INSTITUCION PRESTADORA
1986 - 1990

Institución prestadora	1986	1987	1988	1989	1990
MINSA	95.07	89.88	87.97	85.93	81.83
INAA	1.26	3.37	1.61	0.55	2.47
MINGOB	3.25	5.08	6.16	8.08	2.43
I.P.S.L.	0.42	0.87	0.91	3.02	10.70
INIFOM	-	0.80	0.91	3.02	1.19
INSSBI	-	-	2.43	1.56	-
IND.ORTOPRO	-	-	-	0.25	0.31
TOTAL	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

FUENTE: ORIGINAL

El primer hecho que se destaca es que el MINSA es el mayor proveedor de servicios sanitarios, que se corresponde con su finalidad, gastando hasta un 95% en 1986 del gasto total, descendiendo gradualmente hasta 81.3% en 1990. La diferencia entre lo que financia y lo que presta viene principalmente a través de los aportes de los créditos y donaciones de cooperación externa que representó un promedio quinquenal de aproximadamente 25% de los gasto sanitario.

En segundo lugar, pero muy alejada en relación al MINSA, se encuentra el MINGOB, con una administración promedio quinquenal de 5.2% de los recursos totales. Es importante considerar la ausencia de información del EPS, que limita este análisis pero no lo invalida. La Cooperación Externa aportó al gasto sanitario un promedio del 15%, en 1987 y 1989. Y solamente fue superada como institución prestadora

Análisis del Gasto Sanitario

las IPSL en 1990, año en que éstas administraron el 10.7% del total de recursos del gasto sanitario.

El resto de las instituciones prestadoras acumularon una participación, con un total de gasto, de 1.68%, 5.04%, 5.86%, 5.99% y 14.6% en cada año del quinquenio respectivamente. (Gráfico No 4)

2) Descripción y Análisis por Rubros Económico: (ver gráfico No 5)

En 1986, 1987 y 1990 los grupos de servicios personales, no personales y materiales y suministros tuvieron un comportamiento similar, ocupando el primer lugar servicios personales con una asignación un poco mayor del 49%, un poco más de 8.5% para los segundos y más del 30% para materiales y suministros.

En los dos años restantes hubo redistribución entre los rubros, favoreciendo los gasto en, materiales y suministros y servicios no personales.

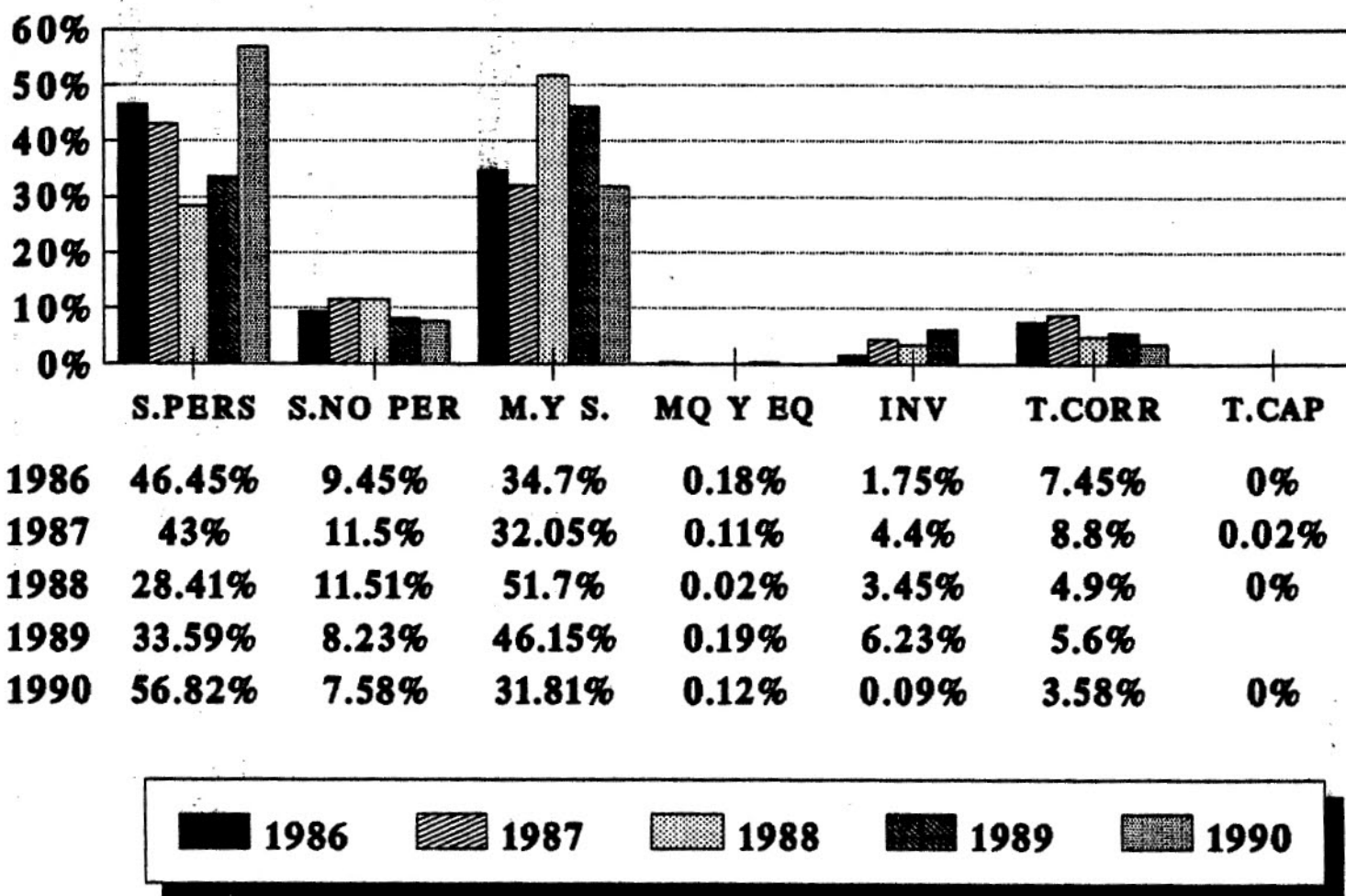
El grupo de transferencias corrientes tiene un comportamiento similar al grupo anterior, excepto en 1990, lo cual puede explicarse por la relación directa que tienen estos dos grupos.

El gasto en los grupos de maquinaria y equipo e inversiones fue insuficiente durante todo el período, parece lógico pensar que el gasto en estos rubros fue casi imposible debido al alto costo de los mismos y a la escasez de recursos para el sector en estudio, además de factores que tuvieron que ver con la dependencia tecnológica, la escasez de divisas y el bloqueo económico del país en este período de estudio y a la compra a través de intermediario por el bloqueo económico existente.

El aumento de los gastos en materiales y suministros que se observa en 1988 y 1989, no debe entenderse como un aumento de bienes físicos, sino al cambio de precios internacionales (2).

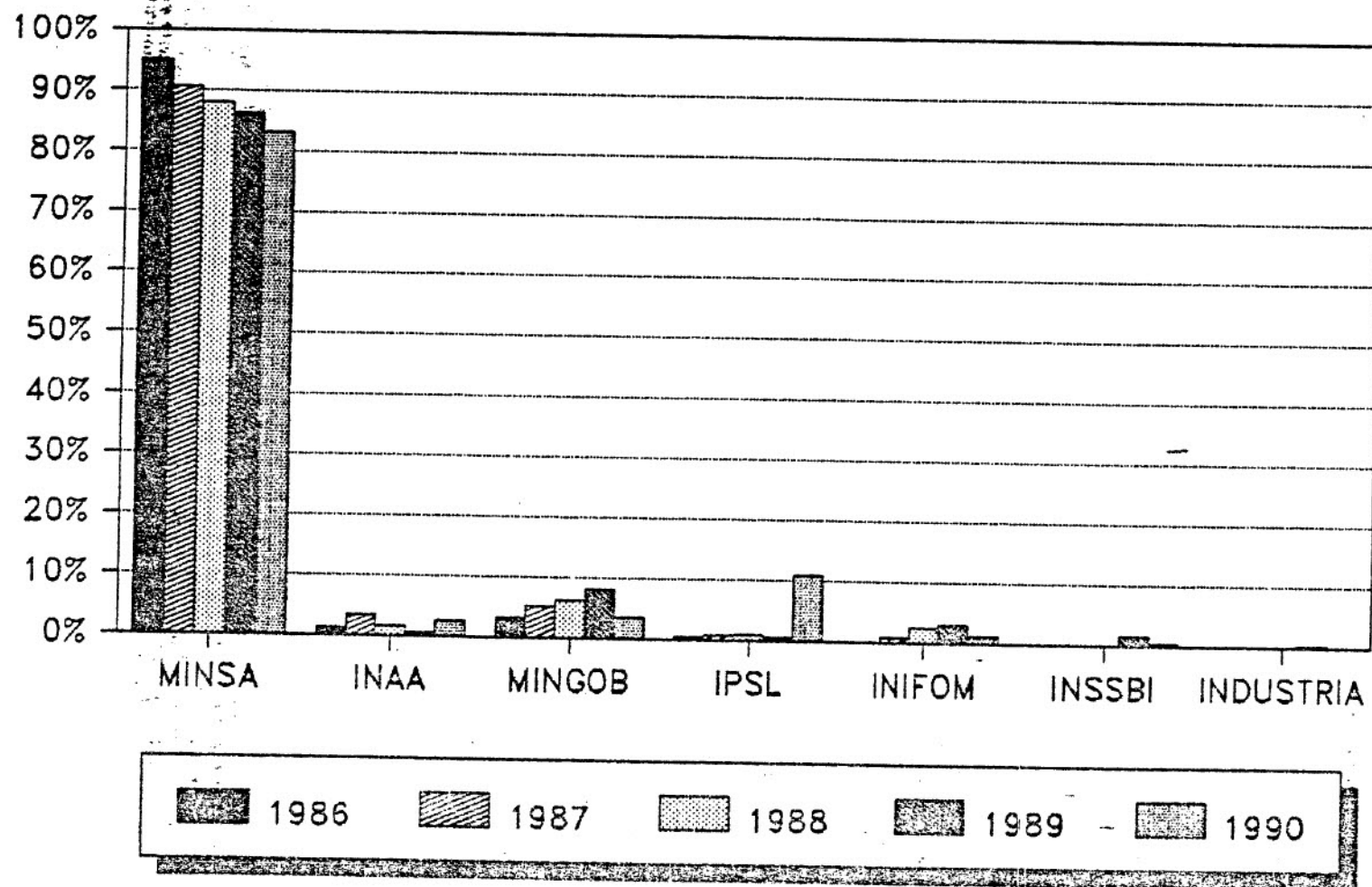
La reducción del gasto en 1988 y 1989 en el rubro de servicios personales, se puede explicar, ya que, para 1988 se da una disminución de la fuerza de trabajo, producto de las medidas restrictivas ejecutadas por el gobierno central (compactación), para reducir el déficit fiscal. Solamente, en el MINSA, de 21 mil trabajadores se redujeron (compactaron) un total de 3 mil (2).

GRAFICO N.4 INSTITUCIONES PRESTADORAS POR RUBROS ECONOMICOS 1986 - 1990



FUENTE: ORIGINAL

GRAFICO N.5
INSTITUCIONES PRESTADORAS 1986-1990.



FUENTE: ORIGINAL

Análisis del Gasto Sanitario

El aumento del gasto en 1990, en el rubro antes mencionado, se debió a dos causas fundamentales: al fracaso de la medida de compactación ya que en este año el número de trabajadores en el estado había aumentado a niveles aún mayores que en 1986, solo en el MINSA en 1990 habían 5 mil trabajadores más que en 1988(1); la otra causa influyente fue el reajuste salarial superior a un 700% durante los primeros 4 meses del año (11).

7.3.2. Análisis individualizado de las Instituciones Prestadoras

En los cuadros del 15 al 19 que corresponden a las instituciones prestadoras por rubros económicos, se añadió la clasificación "otros", debido a que en algunas instituciones, y sobre todo en la cooperación externa, la información no estaba clasificada de esta forma.

A continuación se detalla esta información:

CUADRO NO 20
INFORMACION NO CLASIFICADA POR RUBROS ECONOMICOS
1986 - 1990

AÑO	MONTO EN C\$ 1980	% / TOTAL
1986	56.385.499	11.92
1987	159.890.479	40.60
1988	72.801.499	29.10
1989	62.415.479	30.50
1990	32.791.009	16.50
TOTAL	944.283.968	25.76

FUENTE: ORIGINAL

La información no clasificada corresponde al 11.92% en 1986, a 40.6% en 1987, a 29.1% en 1988, a 30.5% en 1989 y 16.5% en 1990, esta falta de clasificación distorsionaba mucho la distribución porcentual del gasto en cada rubro económico, por lo que sólo se calculó porcentualmente la información que así lo permitía y se integró para el análisis global de las instituciones prestadoras.

CUADRO N.15
GASTOS SANITARIOS
POR INSTITUCIONES PRESTADORAS
1986

INSTITUCION PRESTADORA	SERVICIOS PERSONALES	%	SERVICIOS NO PERSONALES	%	MATERIAL Y SUMINISTRO	%	MAQUINARIA Y EQUIPO	%	INVERSIONES	%	TRANSFERENCIAS CORRIENTES	%	TRANSFERENCIAS DE CAPITAL	%	OTROS	%	TOTALES	%
MINSA	180.153.996	40,06	35.771.270	7,95	140.768.019	31,30	169.501	0,04	7.291.829	1,62	30.589.846	6,80	0,00		54.958.930	12,22	449.703.392	95,08
INAA	2.200.320	36,87	2.419.676	40,54	708.636	11,87	575.385	9,64	0,00		64.567	1,08	0,00		0,00		5.968.584	1,26
MINIOB	10.964.409	71,38	1.021.346	6,65	2.967.472	19,32		0,00	0,00		406.961	2,65	0,00		0,00		15.360.188	3,25
IPSL	206.173	10,50	145.221	7,39	129.968	6,62		0,00	0,00		56.229	2,86	0,00		1.426.569	72,63	1.964.159	0,42
TOTALES	193.524.898	40,91	39.357.513	8,32	144.574.095	30,57	744.886	0,16	7.291.829	1,54	31.117.603	6,58	0 0,00		56.385.500	11,92	472.996.323	100,00

FUENTE: ORIGINAL

CUADRO N.16
GASTOS SANITARIOS
POR INSTITUCIONES PRESTADORAS
1987

INSTITUCION PRESTADORA	SERVICIOS PERSONALES	%	SERVICIOS NO PERSONALES	%	MATERIAL Y SUMINISTRO	%	MAQUINARIA Y EQUIPO	%	INVERSIONES	%	TRANSFERENCIAS CORRIENTES	%	TRANSFERENCIAS DE CAPITAL	%	OTROS		TOTALES	%
MINSA	87.878.221	24,84	24.974.984	7,06	71.003.106	20,07	142.062	0,04	10.204.121	2,88	20.014.863	5,66	36.901	0,01	139.465.770	39,43	353.720.029	90,60
INAA	299.708	2,26	336.497	2,54	101.824	0,77	94.144	0,71	0,00	0,00	20.855	0,16	0,00	0,00	12.410.304	93,57	13.263.331	3,40
MINGOB	10.964.409	54,79	1.021.346	5,10	2.967.472	14,83		0,00	0,00	0,00	406.961	2,03	0,00	0,00	4.650.826	23,24	20.011.014	5,13
IPSL	594.877	17,43	347.195	10,17	342.556	10,04	8.073	0,24	3.363	0,10	159.430	4,67	0,00	0,00	1.957.350	57,35	3.412.844	0,87
INIFOM	1.489.293	47,32		0,00	252.024	8,01		0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	1.406.230	44,68	3.147.547	0,81
TOTALES	99.737.216	25,55	26.680.022	6,83	74.414.958	19,06	244.279	0,06	10.207.484	2,61	20.602.109	5,28	36.901	0,01	158.484.250	40,59	390.407.219	100,00

FUENTE: ORIGINAL

CUADRO N.17
GASTOS SANITARIOS
POR INSTITUCIONES PRESTADORAS
1988

INSTITUCION PRESTADORA	SERVICIOS PERSONALES	%	SERVICIOS NO PERSONALES	%	MATERIAL Y SUMINISTRO	%	MAQUINARIA Y EQUIPO	%	INVERSIONES	%	TRANSFERENCIAS CORRIENTES	%	TRANSFERENCIAS DE CAPITAL	%	OTROS	%	TOTALES	%
MINSA	37.606.034	17,14	17.754.682	8,09	86.865.565	39,60	28.373	0,01	5.586.387	2,55	8.117.840	3,70	295	0,00	63.422.417	28,91	219.381.592	87,98
INAA	781.289	19,43	1.268.703	31,55	258.381	6,43	4.350	0,11	0,00	88.153	2,19	0,00	0,00	1.619.983	40,29	4.020.859	1,61	
MINGOB	10.964.409	71,38	1.021.346	6,65	2.967.472	19,32		0,00	0,00	406.961	2,65	0,00	0,00		0,00	15.360.188	6,16	
IPSL	184.231	8,16	280.944	12,44	61.854	2,74	315	0,01	2.471	0,11	36.455	1,61	0,00	0,00	1.692.448	74,93	2.258.718	0,91
INIFOM	626.896	27,54		0,00	1.138.324	50,00		0,00	511.340	22,46		0,00	0,00	0,00		0,00	2.276.560	0,91
INSSBI		0,00		0,00		0,00		0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	6.066.652	100,00	6.066.652	2,43	
TOTALES	50.162.860	20,12	20.325.675	8,15	91.291.597	36,61	33.038	0,01	6.100.198	2,45	8.649.409	3,47	295	0,00	72.801.500	29,19	249.364.570	100,00

FUENTE: ORIGINAL

CUADRO N.18
GASTOS SANITARIOS
POR INSTITUCIONES PRESTADORAS
1989

INSTITUCION PRESTADORA	SERVICIOS PERSONALES	%	SERVICIOS NO PERSONALES	%	MATERIAL Y SUMINISTRO	%	MAQUINARIA Y EQUIPO	%	INVERSIONES	%	TRANSFERENCIAS CORRIENTES	%	TRANSFERENC DE CAPITAL	%	OTROS	%	TOTALES	%
MINSA	34.673.397	19,73	10.393.864	5,92	60.197.768	34,26		0,00	7.800.639	4,44	7.444.791	4,24	3.307	0,00	55.203.689	31,42	175.717.454	85,93
INAA	110.943	9,78	115.376	10,17	222.172	19,59	272.812	24,06	132.643	11,70	33.688	2,97		0,00	246.312	21,72	1.133.946	0,55
MINGOB	10.964.409	66,38	1.021.346	6,18	2.967.472	17,97		0,00		0,00	406.961	2,46		0,00	1.157.110	7,01	16.517.298	8,08
IPSL	264.921	21,32	119.503	9,62	48.164	3,88		0,00	3.538	0,28	44.695	3,60		0,00	761.598	61,30	1.242.419	0,61
INIFOM	1.529.373	24,75		0,00	1.899.373	30,73		0,00	888.309	14,37		0,00		0,00	1.862.934	30,14	6.179.989	3,02
IND. ORTOPR	178.089	34,95	33.050	6,49	258.234	50,68	811	0,16		0,00	39.382	7,73		0,00		0,00	509.567	0,25
INSSBI		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	3.183.837	100,00	3.183.837	1,56
TOTALES	47.721.133	23,34	11.683.139	5,71	65.593.183	32,08	273.624	0,13	8.825.129	4,32	7.969.516	3,90	3.307	0,00	62.415.480	30,52	204.484.511	100,00

FUENTE: ORIGINAL

CUADRO N.19
GASTOS SANITARIOS
POR INSTITUCIONES PRESTADORA
1990

INSTITUCION PRESTADORA	SERVICIOS PERSONALES	%	SERVICIOS NO PERSONALES	%	MATERIAL Y SUMINISTRO	%	MAQUINARIA Y EQUIPO	%	INVERSIONES	%	TRANSFERENCIAS CORRIENTES	%	TRANSFERENCIAS DE CAPITAL	%	OTROS	%	TOTALES	%
MINSA	76.560.789	47,18	8.214.763	5,06	50.121.714	30,89	38.703	0,02	80.358	0,05	5.361.156	3,30	20	0,00	21.883.836	13,49	162.261.338	83,08
INAA	1.200.168	24,49	2.593.447	52,91	216.017	4,41	148.993	3,04	63.125	1,29	186.449	3,80	0,00		493.219	10,06	4.901.418	2,51
MINGOB	4.933.984	71,38	459.606	6,65	1.335.362	19,32		0,00		0,00	183.132	2,65	0,00		0,00		6.912.085	3,54
IPSL	9.771.356	46,04	1.059.584	4,99	92.258	0,43		0,00	3.238	0,02	100.455	0,47	0,00		10.194.966	48,04	21.221.857	10,87
INIFOM	1.578.096	66,79		0,00	466.846	19,76		0,00	98.849	4,18		0,00	0,00		218.989	9,27	2.362.780	1,21
IND. ORTOPR	298.491	48,89	33.735	5,53	230.762	37,80	268	0,04		0,00	47.291	7,75	0,00		0,00		610.547	0,31
TOTALES	92.466.297	47,35	12.327.400	6,31	51.765.352	26,51	187.695	0,10	146.721	0,08	5.831.192	2,99	20	0,00	32.572.021	16,68	195.296.698	100,00

FUENTE: ORIGINAL

1.512.549.320

Análisis del Gasto Sanitario

1) Descripción de los Rubros Económicos: (ver cuadros del 21 al 25)

- En el MINSA el rubro de servicios personales tuvo una tendencia al descenso hasta 1989, desde 45.6% en 1986, hasta 28.7% en 1989, se observa una recuperación en 1990 que sobrepasa el nivel de 1986.

El grupo de materiales y suministros tuvo un comportamiento irregular, ocupando el segundo lugar durante todo el período, se le asignó aproximadamente un tercio de los recursos en 1986, 1987 y 1988, el resto del período se le asigna el 50%.

El grupo de servicios no personales, creció hasta 1988 y decreció en los dos años siguientes. A las transferencias corrientes se les asignó un máximo de 9.34% en 1988 y un mínimo 3.82 en 1990, este monto pareciera insignificante pero supera en todo el período al de inversiones y maquinaria y equipo.

- El INAA durante el quinquenio de estudio asignó mas del 70% de sus recursos a los grupos de servicios personales y no personales a excepción de 1989 cuando solo asigna a estos rubros el 24%, reorientandose este gasto a materiales y suministros, al cual se le había asignado un poco más del 10% entre 1986 y 1988 y solamente un 4.9% en 1990.

En 1989 es donde resaltan los grupos de maquinaria y equipo e inversiones con una asignación del 30.7% y 14.9% respectivamente.

Como explicamos anteriormente los datos del MINGOB son estimados en base a 1990, por tanto en todos los años encontraremos la misma distribución. El grupo de servicios personales abarca el mayor porcentaje, el 71.3%, seguido de materiales y suministros con un 19.3%, y por último de servicios no personales y transferencias corrientes.

Esta distribución se corresponde con el tipo de información disponible (medicamentos y suministros a nivel nacional y servicios personales de la sede central y la Región III).

- El comportamiento de las instituciones estudiadas en las IPSL ha tenido una distribución regular dentro de sus rubros. Las mayores asignaciones fueron para servicios personales con un máximo de 88.6% en 1990, seguido por servicios no personales, superando sólo en 1988 a los primeros.

CUADRO N.21
GASTOS SANITARIOS
POR INSTITUCIONES PRESTADORAS
1986

INSTITUCION PRESTADORA	SERVICIOS PERSONALES	%	SERVICIOS NO PERSONALES	%	MATERIAL Y SUMINISTRO	%	MAQUINARIA Y EQUIPO	%	INVERSIONES	%	TRANSFERENCIAS CORRIENTES	%	TRANSFERENCIAS DE CAPITAL	%	TOTALES	%
MINSA	180.153.996	45,64	35.771.270	9,06	140.768.019	35,66	169.501	0,04	7.291.829	1,85	30.589.846	7,75	0,00		394.744.461	95,25
INAA	220	0,01	2.419.676	64,21	708.636	18,80	575.385	15,27	0,00		64.567	1,71	0,00		3.768.484	0,91
MINGOB	10.964.409	71,38	1.021.346	6,65	2.967.472	19,32		0,00	0,00		406.961	2,65	0,00		15.360.188	3,71
IPSL	206.173	38,35	145.221	27,01	129.968	24,18		0,00	0,00		56.229	10,46	0,00		537.590	0,13
TOTALES	191.324.798	46,17	39.357.513	9,50	144.574.095	34,89	744.886	0,18	7.291.829	1,76	31.117.603	7,51	0 0,00		414.410.723	100,00

FUENTE: ORIGINAL

CUADRO N.22
GASTOS SANITARIOS
POR INSTITUCIONES PRESTADORAS
1987

INSTITUCION PRESTADORA	SERVICIOS PERSONALES	%	SERVICIOS NO PERSONALES	%	MATERIAL Y SUMINISTRO	%	MAQUINARIA Y EQUIPO	%	INVERSIONES	%	TRANSFERENCIAS CORRIENTES	%	TRANSFERENCIAS DE CAPITAL	%	TOTALES	%
MINSA	87.878.221	41,02	24.974.984	11,66	71.003.106	33,14	142.062	0,07	10.204.121	4,76	20.014.863	9,34	36.901	0,02	214.254.259	92,38
INAA	299.708	35,13	336.497	39,45	101.824	11,94	94.144	11,04		0,00	20.855	2,44		0,00	853.027	0,37
MINGOB	10.964.409	71,38	1.021.346	6,65	2.967.472	19,32		0,00		0,00	406.961	2,65		0,00	15.360.188	6,62
IPSL	594.877	40,87	347.195	23,85	342.556	23,54	8.073	0,55	3.363	0,23	159.430	10,95		0,00	1.455.494	0,63
INIFOM	1.489.293	85,53		0,00	252.024	14,47		0,00		0,00		0,00		0,00	1.741.317	0,75
TOTALES	99.737.216	43,00	26.680.022	11,50	74.414.958	32,09	244.279	0,11	10.207.484	4,40	20.602.109	8,88	36.901	0,02	231.922.969	100,00

FUENTE: ORIGINAL

CUADRO N.23
GASTOS SANITARIOS
POR INSTITUCIONES PRESTADORAS
1988

INSTITUCION PRESTADORA	SERVICIOS PERSONALES	%	SERVICIOS NO PERSONALES	%	MATERIAL Y SUMINISTRO	%	MAQUINARIA Y EQUIPO	%	INVERSIONES	%	TRANSFERENCIAS CORRIENTES	%	TRANSFERENCIAS DE CAPITAL	%	TOTALES	%
MINSA	37.606.034	24,11	17.754.682	11,38	86.865.565	55,70	28.373	0,02	5.586.387	3,58	8.117.840	5,21	295	0,00	155.959.176	88,33
INAA	781.289	32,54	1.268.703	52,84	258.381	10,76	4.350	0,18	0,00	0,00	88.153	3,67	0,00	0,00	2.400.876	1,36
MINGOB	10.964.409	71,38	1.021.346	6,65	2.967.472	19,32		0,00	0,00	0,00	406.961	2,65	0,00	0,00	15.360.188	8,70
IPSL	184.231	32,53	280.944	49,61	61.854	10,92	315	0,06	2.471	0,44	36.455	6,44	0,00	0,00	566.270	0,32
INIFOM	626.896	27,54		0,00	1.138.324	50,00		0,00	511.340	22,46		0,00	0,00	0,00	2.276.560	1,29
TOTALES	50.162.860	28,41	20.325.675	11,51	91.291.597	51,70	33.038	0,02	6.100.198	3,45	8.649.409	4,90	295	0,00	176.563.070	100,00

FUENTE: ORIGINAL

CUADRO N.24
GASTOS SANITARIOS
POR INSTITUCIONES PRESTADORAS
1989

INSTITUCION PRESTADORA	SERVICIOS PERSONALES	%	SERVICIOS NO PERSONALES	%	MATERIAL Y SUMINISTRO	%	MAQUINARIA Y EQUIPO	%	INVERSIONES	%	TRANSFERENCIAS CORRIENTES	%	TRANSFERENC DE CAPITAL	%	TOTALES	%
MINSA	34.673.397	28,77	10.393.864	8,62	60.197.768	49,95		0,00	7.800.639	6,47	7.444.791	6,18	3.307	0,00	120.513.765	84,83
INAA	110.943	12,50	115.376	13,00	222.172	25,03	272.812	30,73	132.643	14,94	33.688	3,80		0,00	887.635	0,62
MINGOB	10.964.409	71,38	1.021.346	6,65	2.967.472	19,32		0,00		0,00	406.961	2,65		0,00	15.360.188	10,81
IPSL	264.921	55,10	119.503	24,85	48.164	10,02		0,00	3.538	0,74	44.695	9,30		0,00	480.821	0,34
INIFOM	1.529.373	35,43		0,00	1.899.373	44,00		0,00	888.309	20,58		0,00		0,00	4.317.055	3,04
IND. ORTOPR	178.089	34,95	33.050	6,49	258.234	50,68	811	0,16		0,00	39.382	7,73		0,00	509.567	0,36
TOTALES	47.721.133	33,59	11.683.139	8,22	65.593.183	46,17	273.624	0,19	8.825.129	6,21	7.969.516	5,61	3.307	0,00	142.069.031	100,00

FUENTE: ORIGINAL

CUADRO N.25
GASTOS SANITARIOS
POR INSTITUCIONES PRESTADORA
1990

INSTITUCION PRESTADORA	SERVICIOS PERSONALES	%	SERVICIOS NO PERSONALES	%	MATERIAL Y SUMINISTRO	%	MAQUINARIA Y EQUIPO	%	INVERSIONES	%	TRANSFERENCIAS CORRIENTES	%	TRANSFERENCIAS DE CAPITAL	%	TOTALES	%
Minsa	76.560.789	54,54	8.214.763	5,85	50.121.714	35,70	38.703	0,03	80.358	0,06	5.361.156	3,82	20	0,00	10.377.502	86,27
INAA	1.200.168	27,23	2.593.447	58,83	216.017	4,90	148.993	3,38	63.125	1,43	186.449	4,23		0,00	4.408.200	2,71
MINGOB	4.933.984	71,38	459.606	6,65	1.335.362	19,32		0,00		0,00	183.132	2,65		0,00	6.912.085	4,25
IPSL	9.771.356	88,61	1.059.584	9,61	92.258	0,84		0,00	3.238	0,03	100.455	0,91		0,00	11.026.890	6,78
INIPOM	1.578.096	73,61		0,00	466.846	21,78		0,00	98.849	4,61		0,00		0,00	2.143.791	1,32
IND. ORTOPR	298.491	48,89	33.735	5,53	230.762	37,80	268	0,04		0,00	47.291	7,75		0,00	610.547	0,38
TOTALES	92.466.297	56,82	12.327.400	7,58	51.765.352	31,81	187.695	0,12	146.721	0,09	5.831.192	3,58	20	0,00	162.724.677	100,00

FUENTE: ORIGINAL

1.127.690.471

Análisis del Gasto Sanitario

El grupo de materiales y suministros disminuyó, desde un 24.1% en 1986 a un 10% en 1989, con una caída brusca en 1990 cuando solamente se le asignó el 0.84%; tuvo un comportamiento similar las transferencias corrientes. Como en el resto de las instituciones al grupo de maquinaria y equipo e inversiones se le asignó un monto insignificante.

- En INIFOM en los años 1987 y 1990 se observa una asignación del 47.3% y 73% respectivamente en el grupo de servicios personales, que es a expensas de una importante reducción de las inversiones y que llegaron a tener apenas un 4.6% en 1990.

Las inversiones lograron en 1988 y 1989 una redistribución del 22.4% y 20.5% respectivamente, esto como consecuencia de una reducción en servicios personales. El grupo de materiales y suministros tuvo características similares en los mismos años.

- La Industria Ortoprotésica asignó al rubro de servicios personales en 1989 el 34.9% y en 1990 48.8%, el segundo rubro más importante es el de materiales y suministros con 50.6% en 1989 y 37,8% en 1990, seguido transferencias corrientes, servicios no personales y por último maquinaria y equipo.

2) Análisis por Rubros Económicos

En todas las instituciones, pero en este caso, en el MINSA existe un rubro específico de servicios personales que tuvo una asignación alta en todo el período, existen otros subgrupos que tienen que ver con este rubro, pero están dispersos en otros rubros, como son viáticos, alimentación etc; así como, las reivindicaciones de los trabajadores que se plantearon básicamente en el convenio MINSA - FETSALUD y que se incluyen, casi la totalidad en el rubro de transferencias corrientes, y que son parte de la totalidad del salario real de los trabajadores, es decir, si se hubiera valorado en conjunto sería más alto el rubro de servicio personales.

El poco capital que se utilizó para las inversiones en el MINSA, explica las dificultades de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos, que dependían de importaciones de países involucrados en el bloqueo económico a Nicaragua, en el período de éste estudio, agravada por la gran dependencia tecnológica similar a otros países latinoamericanos.

Análisis del Gasto Sanitario

En el INAA, el grupo de materiales y suministros tuvo poca participación, esta orientación del gasto no parece estar de acuerdo con las actividades realizadas en el área de control y calidad del agua, donde el rubro de materiales de suministros debió de ocupar un lugar preponderante, según nuestro criterio.

La política de gobierno de establecer bajas tarifas a los usuarios en esos años, produjo una insuficiente recuperación de costos en esta institución, lo que no permitió ampliar su infraestructura; logrando apenas cubrir sus gastos corrientes, esto en el mejor de los casos, ya que esta institución incluso fue subsidiada por el estado, tratando así de amortiguar el efecto de la crisis económica de la población.

El INIFOM empleó en algunos años gran parte de sus recursos al rubro de servicios personales, esta orientación podría deberse a la forma artesanal de recolección y tratamiento de las basuras que aun existe en Nicaragua.

Análisis del Gasto Sanitario

7.4 ANALISIS DEL IMPACTO SOCIOECONOMICO DEL GASTO SANITARIO

1) Impacto Económico

CUADRO NO 26
RELACIONES DEL GASTO SANITARIO
CON INDICADORES MACROECONOMICOS
1986 - 1990

AÑO	%G.S/PIB	%GGC/PIB	%G.P/PIB	%G.S/GGC
1986	45.80	17.22	2.23	12.92
1987	48.45	13.45	1.86	13.87
1988	34.19	8.13	1.32	16.79
1989	27.08	5.42	1.12	21.75
1990	29.98	5.91	1.15	19.14
MEDIA	37.10	10.02	1.55	16.89

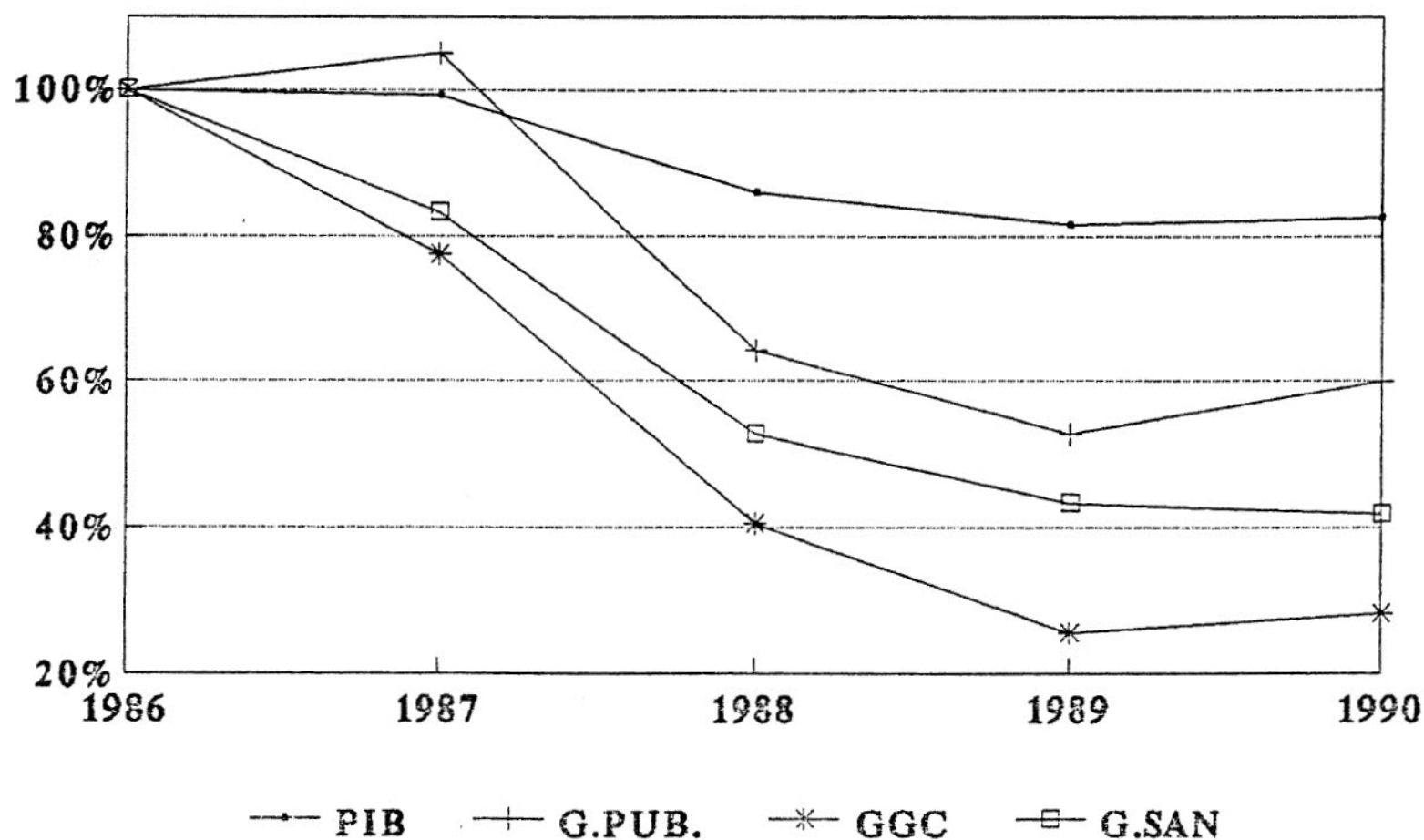
FUENTE: ORIGINAL

El monto de los indicadores macroeconómicos que se utilizaron para este análisis, se construyeron deflactando el monto del PIB, con el deflactor intrínseco del PIB; el gasto público, el gasto del gobierno central y el gasto sanitario se deflactaron con el índice de precios al consumidor, según recomendaciones del Banco Central, necesario para permitir la comparabilidad de estos indicadores.

El producto Interno Bruto en Nicaragua tuvo una clara tendencia al descenso, con un crecimiento negativo en cada año del período, la evolución del gasto en salud como porcentaje del PIB, tuvo la misma tendencia.

El hecho que hay que destaca, es que la proporción asignada al sector salud en Nicaragua en relación al PIB, tuvo una tendencia a la disminución hasta 1989, con un leve aumento en 1990, con respecto al año anterior, por lo que podemos decir, que el gasto sanitario de Nicaragua no supera, sino que está aproximadamente en la media de

GRAFICO N.6 EVOLUCION DEL PIB, G.PUB GGC, G.S BASE 1986=100%



FUENTE: B.CENTRAL,MIFIN,ORIGINAL

Análisis del Gasto Sanitario

de la mayoría de los países Centroamericanos. Según el Banco Mundial, en su informe sobre el Desarrollo Mundial, Costa Rica dedicó en 1990, casi el 6% de su PIB al sector, el resto de países de Centro América utilizaron en 1990 entre un 0.8 y 1.8 de su Producto Interno Bruto (22).

La relación del Gasto Sanitario y Gastos del Gobierno Central, tuvo una tendencia al aumento hasta 1989, con una pequeña disminución en 1990.

Según estimaciones del Banco Mundial en 1991, en los países Centro Americanos, el gasto sanitario en relación al GGC, es mayor al 8.8% en casi todos los países, excepto en Guatemala donde estiman un gasto de 1.1%. Según la misma fuente la asignación del gasto público al MINSA es de 18.2%, la mayor de Centro América (22).

Más importante que el porcentaje del PIB, utilizado en salud, es comparar el porcentaje de decrecimiento del PIB, de los GGC y del sector salud, la que nos orientará a conocer la prioridad política que tuvo este sector, durante todo el período de estudio.

CUADRO NO 27
PORCENTAJE DE CRECIMIENTO DEL PIB, DEL GASTO, DEL
GASTO PUBLICO DEL GOBIERNO CENTRAL Y DEL GASTO EN SALUD.
BASE 1986. PERIODO 1986 - 1990

AÑO	PIB/1	G.PUB/1	GGC/2	S. SALUD/3
1986	100.00	100.00	100.00	100.00
1987	-0.74	5.00	-22.47	- 16.80
1988	-14.00	-35.81	-59.42	- 47.30
1989	-18.38	-47.25	-74.32	- 56.70
1990	-17.50	-40.04	-71.70	- 58.09

FUENTE: 1/ Secretaría de Planificación y Presupuesto y Banco Central.

2/ Ministerio de Finanzas (MIFIN).

3/ Original.

Análisis del Gasto Sanitario

Podemos observar que tanto el PIB, como el Gasto Público, del Gobierno central y de salud tuvieron un crecimiento negativo; sin embargo, el decrecimiento de estos indicadores no se dio en la misma proporción.

El PIB tuvo un decrecimiento progresivo, desde 0.74 en 1987, hasta 18.3% en 1989, con una ligera recuperación en 1990 con respecto al año anterior, pero que no alcanzó los niveles de 1986. El Gasto Público decreció más que el PIB, el decrecimiento en el GGC fue mayor que los dos anteriores.

Si relacionamos lo anterior, podríamos decir que, la disminución porcentual en el gasto sanitario, fue mucho menor que la del GGC, ya que éste último en 1990, había disminuido el 71% en relación a 1986, y el gasto sanitario apenas en un 50%, lo que demuestra realmente la prioridad que tuvo el sector salud en el quinquenio 1986 -90.

CUADRO NO 28
GASTO PERCAPITA EN SALUD
EN CORDOBAS DE 1980
1986-1990

AÑO	GASTO PERCAPITA	Decrecimiento base 1986.
1986	139.94	100.00
1987	112.44	-19.66
1988	68.89	-50.78
1989	54.53	-61.04
1990	51.37	-63.30

FUENTE: ORIGINAL
* 10 Córdabas de 1980 = 1 Dólar

El presupuesto del gasto sanitario decreció constantemente hasta 1990, al igual que el gasto per cápita; estos datos obtenidos se contradicen con los del Banco Mundial, que estiman un gasto aproximado de 25 dólares per cápita en la actualidad, incluyendo la Cooperación Externa (22), y los estudios del MINSA que estiman un gasto per cápita de 18.2 dólares en 1990 (23), cifra que llegaría a ser mayor, ya que en este estimado solo incluyeron el gasto del presupuesto del MINSA.

Análisis del Gasto Sanitario

Aunque el gasto sanitario per cápita, decreció más que el global, esto se explica por que hay un crecimiento poblacional de 3.3% en cada año, por lo tanto las perspectivas de la población de Nicaragua se ven profundamente afectadas por el elevado crecimiento demográfico que no va acompañado ni siquiera de un crecimiento económico proporcional.

2) Indicadores Sociales

La mortalidad Infantil tuvo una tendencia al descenso, de 64.1 por 1000 nacidos vivos en 1986 (23), hasta 61.7 en 1989, con un aumento en 1990, cuando ascendió hasta 71.8 por 1000 nacidos vivos (24).

Del resto de indicadores de salud, como, esperanza de vida, mortalidad materna etc, existen estimaciones de cada año, las cuales no varían mucho en todo el período, pero muestran una ligera tendencia al deterioro. Estos indicadores no se diferencian mucho con los del resto de países de Centroamérica, excepto Costa Rica que tiene los mejores indicadores de salud.

Podríamos reafirmar que el descenso tan acusado del Gasto Sanitario ha repercutido en el deterioro de la salud y en el empeoramiento de los indicadores. Aunque haya otros factores que influyen en la salud en los países subdesarrollados, el Gasto Sanitario es muy importante para la misma, y más cuando hay un descenso tan brusco en el nivel de prestaciones.

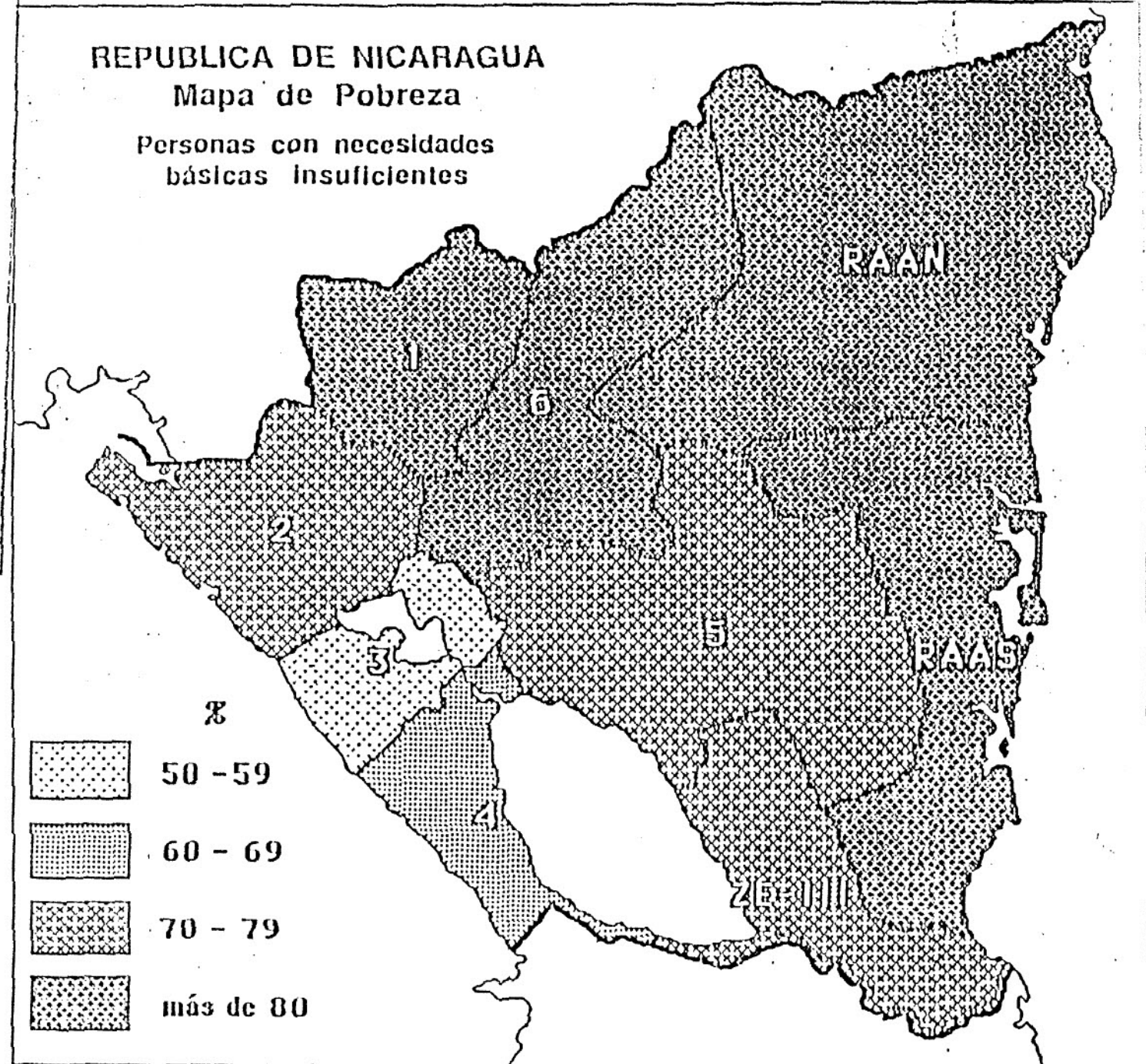
Relación Gasto Sanitario Percápita Regional e Indicadores Sociales:

Según el documento borrador del Programa Nacional de Desarrollo Social y Superación de la Pobreza (25), elaborado en base a los resultados de la Encuesta Sociodemográfica Nicaragüense 1985, dio como resultado que en las regiones VI, I, RAAN y RAAS, hay más del 80% de la población que tienen necesidades básicas insuficientes, seguido por las Regiones: II, V y ZE III, con un nivel de 70 a 79 %, luego sigue la Región IV con 60 a 69% y por último la región III con 50 a 59%, podríamos decir que esta última tiene el menor nivel de pobreza en el país. Hacemos esta referencia para relacionarlo con los gastos sanitarios per cápita por regiones.

REPUBLICA DE NICARAGUA

Mapa de Pobreza

Personas con necesidades
básicas Insuficientes



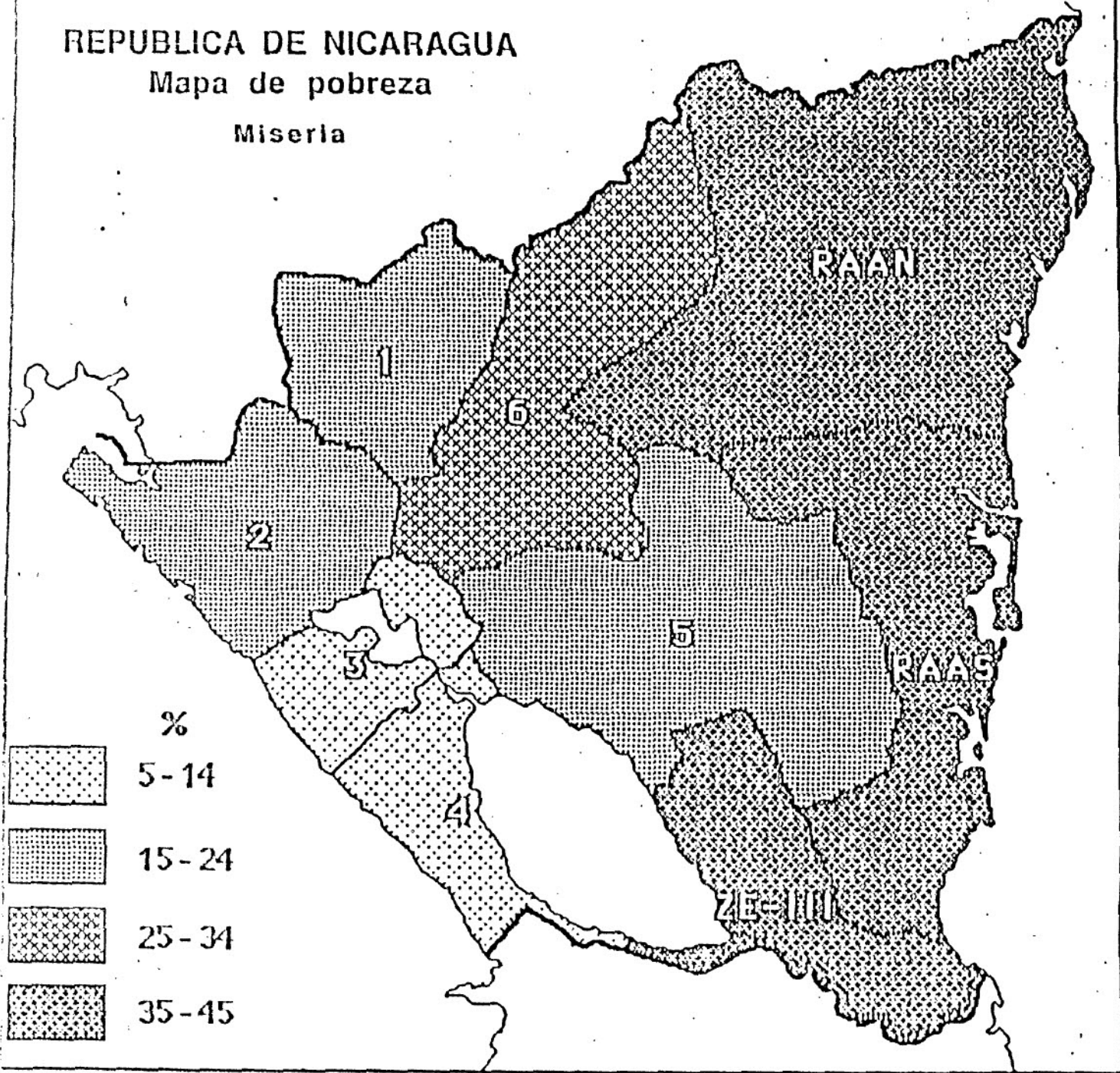
Fuente : DGNV / SPP en base a los resultados de la Encuesta Socio-Demográfica Nicaragüense 1985.

Nota : Personas con Necesidades Básicas Insuficientes.- Es el Porcentaje de personas que en su hogar presentaron una o más necesidades básicas insatisfechas (hacinamiento, servicios básicos insuficientes, baja educación y/o alta dependencia económica).

REPUBLICA DE NICARAGUA

Mapa de pobreza

Miseria



Fuente : DGNV / SPP en base a los resultados de la Encuesta Socio-Demográfica Nicaragüense 1985.

Análisis del Gasto Sanitario

VIII. CONCLUSIONES

1. En el sector público, la principal fuente de financiamiento, durante todo el periodo, fue el MINSA, seguido de Cooperación Externa y el Ministerio de Gobernación. Estos resultados indican que sobre el MINSA ha recaído la mayor responsabilidad de la situación de salud de la población.

A pesar de la prioridad del sector salud, este necesitó de los recursos externos, ya que los recursos nacionales fueron insuficientes. La importante participación de la cooperación externa como fuente financiadora, evidencia una esta gran dependencia de los recursos externos, para cubrir parte de las necesidades de servicios sanitarios.

El hecho que el aporte del Ministerio de Gobernación, ocupe un tercer lugar, se debió estrictamente a la situación de guerra de ese periodo. En la actualidad ha tenido un recorte presupuestario, por tanto su aporte puede ser inferior al de los años anteriores.

El resto de instituciones, específicamente, las financiadoras de servicios de Promoción y Prevención (control y calidad del agua, letrificación, recolección de basuras, etc.), tuvieron una limitada participación. A pesar de ser reconocido internacionalmente, que estos servicios están estrechamente relacionadas con las condiciones higiénico sanitarias, y que son factores condicionantes del estado de salud, los recursos dirigidos a estas actividades han sido insuficientes para impactar en la situación de salud.

2. La financiación de parte de las familias fue importante durante todo el periodo, y aún más importante es su tendencia al ascenso. Este aporte pudo haber aumentado debido a la no gratuidad de medicamentos de parte del MINSA para algunos grupos de población y por otras causas desconocidas. Sería muy valioso conocer que porcentaje de la población y de que sectores de la misma proviene este financiamiento.

Análisis del Gasto Sanitario

3. La mayor institución prestadora de servicios fue el Ministerio de Salud, seguido del Ministerio de Gobernación; las otras instituciones estudiadas prestaron servicios muy por debajo de las antes mencionadas. La diferencia esencial entre montos financiados y prestados de las instituciones estudiadas, principalmente el MINSA, se debe al aporte de Cooperación Externa.
4. Es interesante señalar que sólo dos de las instituciones estudiadas ofertaron atención hospitalaria, pero todas brindan algún tipo de actividad de promoción y prevención; sin embargo, el mayor porcentaje del gasto sanitario total, fue dirigido fundamentalmente a los servicios hospitalarios con un promedio en el período estudiado de 40.7% y solo 33.9% a promoción y prevención.

En tercer lugar estuvieron las actividades centrales y por último la formación y capacitación de recursos humanos. Es importante aclarar que los recursos empleados para la formación de personal de salud especializado, no está diferenciados de los recursos utilizados para las actividades asistenciales de los hospitales.

5. La asignación a los rubros económicos de servicios personales y materiales y suministro fue bastante similar con un promedio de 41.6% y 39.3% respectivamente, siendo estos los que concentraron mayores recursos económicos, con menor consumo en los rubros de servicios no personales con 11.6% y transferencias corrientes con 6%. En el resto de rubros se puede afirmar que casi no se invirtieron recursos económicos.
6. La III región consume la mayoría de los recursos con un porcentaje promedio de 33%, en orden descendente continúan la región I, II, IV, VI, V y por último las regiones del Atlántico. Este comportamiento puede explicarse en alguna medida, por el número de habitantes con que cuenta cada región y por el tipo de servicios que prestan. Sobre todo la región III, que tiene la mayor población y, además, por que cuenta con el mayor número de hospitales, tanto del MINSA, como de las fuerzas armadas y del sector privado.

Análisis del Gasto Sanitario

7. Las regiones que tuvieron el mayor gasto per cápita fueron las siguientes regiones: ZE III con 118.6, RAAS 109.5, III con 101.5 y la I con 91.6 y el menor gasto per cápita se observó en las siguientes: VI con 35, V con 39.5, IV con 47.5, II con 51.2 y la RAAN con 66, todos en córdobas de 1980.

8. Las regiones están caracterizadas según el porcentaje de su población que tiene necesidades básicas insatisfechas. En algunas de ellas como la VI, II y V, el alto porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas, coincide con menores promedio de gasto sanitario per cápita y con los indicadores de salud más deteriorados.

Por la situación de guerra en estas regiones, se destruyeron una parte de los servicios de salud, sobre todo Puestos y Centros de Salud, por ser zonas de guerra, se limitó el acceso de personal y otros recursos de salud a los servicios sanitarios, pudiendo incidir todos estos factores en el bajo gasto per cápita.

Estas características, podrían influir de forma importante en la baja producción, ya que estas regiones dan un aporte importante a la economía del país, con la producción de café, algodón y carnes.

9. La relación del Gasto Sanitario/ Producto Interno Bruto, tuvo un promedio en este estudio de 1.55%, esta fue más baja que las estimaciones del nivel oficial, y del Banco Mundial. El gasto per cápita también fue mucho menor en comparación con otras estimaciones.

La relación del Gasto Público con el PIB, pone de manifiesto las medidas económicas de restricción del Gasto Público; sin embargo, el Gasto del Gobierno Central, de donde procede la parte presupuestada del MINSA, disminuyó en mayor proporción que los dos anteriores, pero el Gasto Sanitario disminuyó en menor proporción que el Gasto del Gobierno Central, lo que indica la alta prioridad del sector salud en el período analizado.

Análisis del Gasto Sanitario

IX. RECOMENDACIONES.

1. Realizar el monitoreo del gasto sanitario anualmente con el fin de conocer la tendencia global y la distribución tanto por rubros económicos, por tipo de servicios y por SILAIS, esta última quizá sea más fácil en la actualidad organizarlo, por su reciente implementación. Así también es importante continuar con el análisis de relación, con los indicadores macroeconómicos. Este tipo de análisis, servirán para evaluar en alguna medida la eficiencia y equidad del sector sanitaria.
2. Establecer que instituciones públicas y privadas se consideraran oficialmente como fuentes financiadoras del gasto sanitario global de Nicaragua, y como prestadoras de servicios directos o indirectos, con el fin de reforzar las interrelaciones y enfocar las diferentes necesidades existentes, sus formas de cobertura y ámbitos precisos de acción.
3. Discutir y elaborar un registro contable y presupuestario, por programas e interinstitucional, que permita el análisis de costos de las actividades, la disminución de sesgos en la información; además que, facilite el análisis de los datos. Este registro serviría como un instrumento muy útil al momento de la formulación de las políticas presupuestarias, sociales y de salud.
4. Considerando la creciente participación dentro de la sociedad del gasto sanitario privado se hace necesario producir conocimientos (investigación) con el fin de actualizarlo y conocer sus características e impacto dentro de la economía del país.
5. Hacer uso en el Sector Salud, de toda la información existente sobre Gasto Sanitario, para reorientar los recursos humanos, económicos, etc., hacia los SILAIS de mayor prioridad en el país y las actividades que logren más eficientemente el mejoramiento de la situación de salud, por ejemplo, dirigido a la Atención Primaria.

Análisis del Gasto Sanitario

X. BIBLIOGRAFIA

1. Rodríguez Martínez, Marisol. El Gasto Sanitario en Cataluña España 1981. Barcelona 1986.
2. MINSA. Plan Maestro de Salud 1991 - 1996.
3. Abel-Smith Brian. Cuanto Cuesta la Salud? Estudio Comparado de las Prestaciones Sanitarias en la Seguridad Social. Editorial MAPFRE, S.A. Madrid, 1982
4. OPS-QMS Ginebra. Abel-Smith Brian. Estudios Internacionales del Gasto Sanitario. 1969.
5. OPS. Boletín de la Oficina Panamericana de la Salud, Vol, No 103, No 6. Diciembre de 1987.
6. Milton Roemer. Estudio sobre Financiamiento del Sector Salud en Nicaragua. 1985.
7. Robert J. Maxwell. Health And Wealth, An International Study of Health - Care Spending. Published Sandoz Institute for Health and Socio Economic Studies. Lexington, Massachusetts Toronto. 1981.
8. Vistazo Económico, Indicadores de Inflación. Dic 1987 - Julio 1991. No 362. 1991.
9. Vistazo Económico. No. 438. Febrero 1992.
10. Constitución de Nicaragua. Capítulo III. Derechos Sociales. Artículo 59.
11. CEPAL. Estudio Económico de América Latina y el Caribe 1990, Nicaragua. Naciones Unidas.
12. INSSBI. Anuario Estadístico 1989. Febrero 1991.
13. MINSA. Plan trianual 1988 - 1990. República de Nicaragua.
14. Oficina Panamericana de la Salud. Condiciones de Salud en las Américas. Edición 1991.
15. MINSA. Plan MINSA 1980. Nicaragua.

Análisis del Gasto Sanitario

16. Adrian Griffiths. Michael Mills. Money for Health. A Manual for Surveys in Developing Countries. Sandoz Institute for Health and Socioeconomic Studies and Ministry of Health of Republic of Botswana.
17. MINSA. Informe Financiero Preliminar. 1990.
18. MIFIN. Clasificador por Objeto del Gasto. Doc. reproducido por la oficina de finanzas de programación y evaluación presupuestaria.
19. Musgrove Philip. Asuntos Relacionados con las Opciones para el Financiamiento de la Salud en América Latina. Banco Mundial. Seminario Sobre Financiamiento en Salud. Managua-Nicaragua. Marzo 92.
20. MINSA. Plan Trianual de Salud 1991 - 1993.
21. PASCCAP, OPS, OMS. Salud para Todos en el Año 2000 y Estrategia de Atención Primaria. PASCCAP 1982.
22. Arriagada Ana María. Banco Mundial. Panorama Macroeconómico del Financiamiento de la Salud en Nicaragua. Seminario sobre Financiamiento en Salud. Managua-Nicaragua. Marzo 1992.
23. BID. Diagnóstico del Sector Salud, República de Nicaragua. Banco Interamericano de Desarrollo. 1990.
24. MINSA. Indicadores Básicos de Salud (1988 -1991). Managua, marzo de 1992.
25. Vice Ministerio de la Presidencia Dirección Técnica. Programa Nacional de Desarrollo Social y Superación de la Pobreza, Documento Borrador. Enero 1991.

Análisis del Gasto Sanitario

XI. ANEXOS

ANEXO No 1

1. Gastos de Actividades centrales (Administración)

Son aquellos gastos de planificación, organización y supervisión que se realizan en el nivel central del sistema de salud y en el nivel de dirección regional .

2. Gastos de Promoción Prevención y Asistencia Primaria:

Comprende los programas definidos por las instituciones como: servicios municipales de salud, control y erradicación de enfermedades tropicales, basuras y limpieza de calles, saneamiento y tratamiento de agua, mercado y rastros, rehabilitación de discapacidades motoras y suministro de leche a recién nacidos.

3. Gastos de Atención Hospitalaria:

Comprende las actividades que involucran a todos los hospitales del país sin diferenciación de los niveles de resolución y especialización de los mismos.

4. Gastos de Formación y Capacitación:

Incluye todas las actividades de formación, capacitación e investigación, exceptuando la formación de pregrado que se realiza en las universidades.

Análisis del Gasto Sanitario

ANEXO No 2

Grupo 01. Servicios Personales

Este grupo comprende los servicios prestados por conceptos de servicios prestados por el personal ordinario, tales como: servicios del personal propio de la institución, aún cuando se encontrase en entrenamiento o estudio para trabajo o servicio o desarrollarse servicios contractuales de profesionales y técnicos.

Grupo 02. Servicios no personales.

Incluye los egresos retribución para servicios públicos, publicidad, pasajes, servicios para mantenimiento, reparaciones ordinarias de equipos y obras y varios servicios.

Grupo 03. Materiales y Suministros.

Este se refiere a egresos por compra de materiales y otros bienes que se consumen en las actividades institucionales. los servicios por fletes y seguros en relación con los materiales que aquí incluimos, se clasifican en los mismos rubros de los materiales a que se refieren aunque sean facturados a parte.

Grupo 04. Maquinaria y Equipos.

Se refiere a egresos por compra de maquinaria y equipos nuevos y sus adiciones, por ejemplo: muebles, máquinas de oficina, vehículos, maquinarias, también incluye las herramientas mayores. Equipo nuevo en su aspecto económico que al adquirirse no ha tenido ningún uso en el país. La adición es la incorporación al equipo de un accesorio que incrementa notablemente su valor de uso.

Análisis del Gasto Sanitario

Grupo 05. Adquisición de Inmuebles y Equipos existentes.

Se refiere a egresos por compra de edificios, maquinaria y equipo existente haya construcción y/o primer uso que no fue realizado por la institución, así como también la compra de terreno. Están incluidas las indemnizaciones motivadas por expropiación causada por utilidad pública interés social , lo mismo que los semovientes.

Los inmueble y equipos existentes comprados para ser donados a particulares, instituciones, etc., se clasifican en transferencia de capital.

Grupo 06. Ejecución de obras realizadas por contrato.

Comprende los egresos por "estudios", diseños, construcción de obras menores y la supervisión realizada por los contratistas. Cuando los proyectos y obras se hacen por administración directa, no se utilizará los rubros de este grupo, sino los que corresponden al grupo específico del gasto de que se trate. Se excluye los egresos por compra de terrenos.

Grupo 07. Transferencias corrientes.

Este grupo comprende los gastos que se efectúan con carácter de subsidio, aportes, ayudas, etc. de los gobiernos locales, entes y empresas autónomas, instituciones no estatales, organismos internacionales, estudiantes, etc. No corresponde a compra de bienes y remuneraciones de servicios prestados o a prestarse, que puedan aumentar el ingreso)renta= de los beneficiarios, no sirven para financiar programas de funcionamiento y que no están destinados a inversiones reales o financieras.